

# STUDIO ANAAO ASSOMED

24 settembre 2019

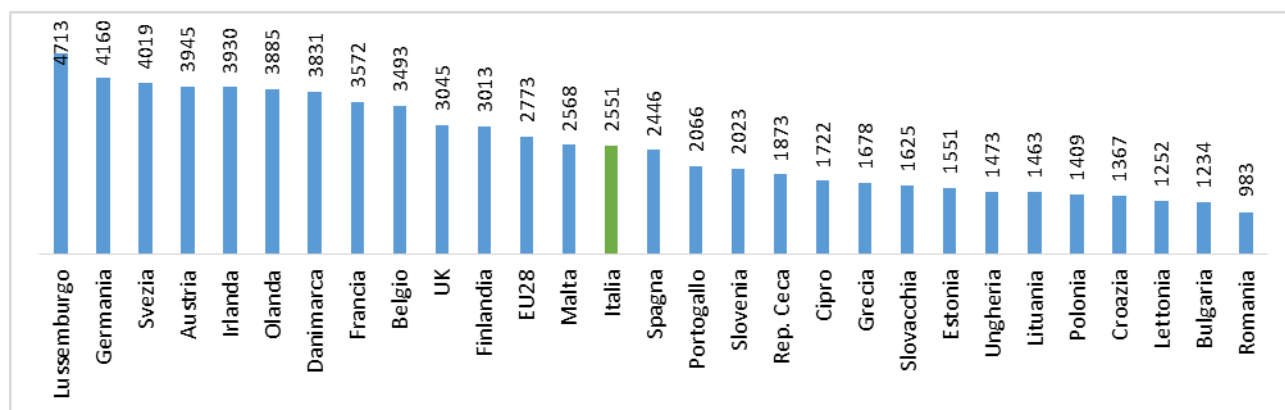
## Introduzione

Nel 2019 l'Italia ha investito nella sanità 114,4 miliardi di spesa pubblica, ovvero all'incirca 2.551 € per abitante, un valore tra i più modesti in Europa: Inghilterra (3.045 € per abitante), Francia (3.572) e Germania (4.160). Nel contesto della sanità internazionale si trova quindi penalizzata dal fatto di avere meno risorse disponibili. Nonostante ciò, si colloca al quarto posto a livello mondiale per speranza di vita e tra i primi al mondo per i risultati in termini di efficacia ed efficienza. L'Italia, paese tra i più vecchi del mondo e con il tasso di natalità più basso, necessita di rivalutare la prospettiva sanitaria, ricollocandola al centro delle agende politiche aumentandone le risorse (*Grafico 1*).

A causa della crisi economica del 2009, il contenimento del finanziamento a favore del SSN ha interessato diversi ambiti, tra cui la spesa per il personale, negli anni limitata dall'introduzione di vincoli di bilancio: la Legge Finanziaria per il 2010 prevedeva che la spesa massima per il personale dovesse corrispondere a quella del 2004 ridotta dell'1.4% (percentuale poi ridotta a 1.3% con la Legge di Bilancio relativa al 2018). Ora il decreto legge 35/2019 (c.d. Decreto Calabria), come convertito dalla Legge 60/2019, statuisce che, a decorrere dal 2019, la spesa per il personale non possa superare quella del 2018, potendo aumentare solo del 5% del totale incremento del fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente.

Il nostro lavoro si propone di analizzare l'andamento del personale dirigente del SSN, medico e non medico, nazionale e regionale, e, parallelamente, di evidenziarne la spesa corrispondente.

**Grafico 1.** Source: OECD Health Statistics 2018, <https://doi.org/10.1787/health-data-en>; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database.1 2 <http://dx.doi.org/10.1787/888933835345>



## Materiali e metodi

I grafici e le tabelle sono riferiti ai dati presenti nel Conto Annuale del Tesoro (CAT). Sono stati considerati i **dirigenti medici** e i **dirigenti sanitari non medici** (escludendo i dirigenti delle professioni sanitarie), con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e subordinati all'art.15-septies del D.lgs. 502/92 e smi. L'analisi è stata svolta dall'anno 2004 all'anno 2017 (ultimi dati disponibili) con l'obiettivo di definire l'andamento dell'occupazione e quello della spesa per il personale.

Per il calcolo del numero dei dirigenti medici ogni 100.000 abitanti, sono state considerate le tavole ISTAT della popolazione residente nelle singole regioni dal 2004 al 2017.

Per la stima del deficit di medici specialisti al 2025, valutato per Regione, sono stati utilizzati i dati ottenuti dal precedente studio ANAAO "La programmazione del fabbisogno del personale medico, proiezioni per il periodo 2018-2025: curve di pensionamento e fabbisogni specialistici" (Quotidiano Sanità, 2019).

## Risultati

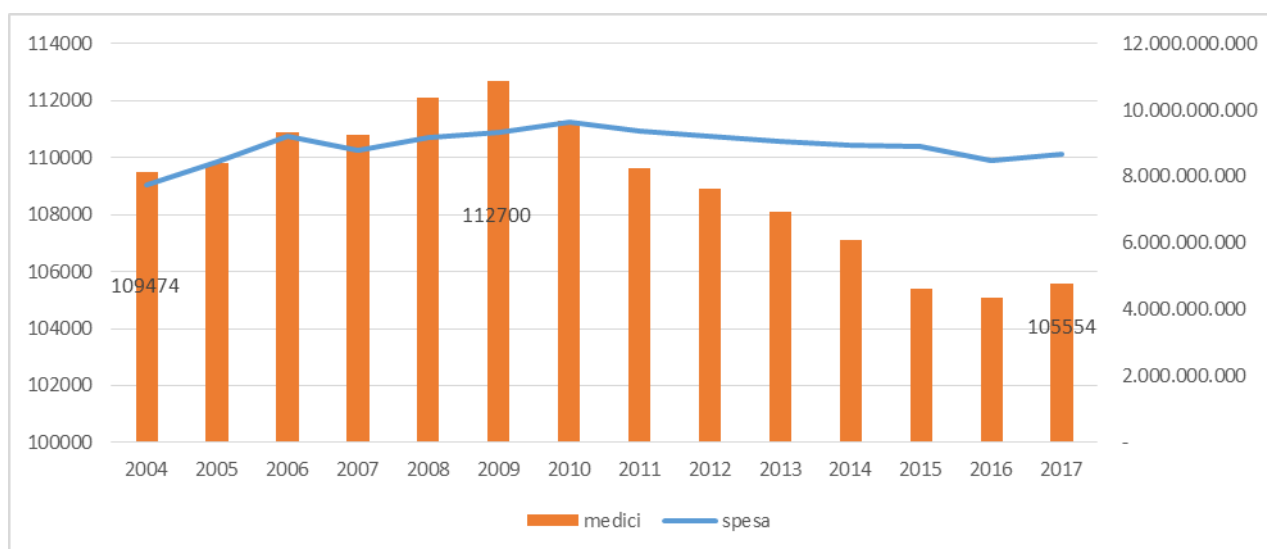
Nel periodo 2004-2017 i **dirigenti medici** hanno subito una contrazione di 3.920 unità, passando da 109.474 a 105.554. Possiamo suddividere il periodo in tre momenti:

1. una prima fase, dal 2004 al 2009, caratterizzata da un progressivo incremento di 3226 unità (+ 3%);
2. una seconda fase, dal 2009 al 2016, con un continuo calo del personale dirigente medico pari a -7606 unità (- 6.75%);
3. una terza fase, limitata al 2017, dove si riscontra un aumento di 460 unità rispetto al 2016 (+ 0.44%).

In parallelo, la spesa per il personale negli anni 2004-2017, influenzata dalla fluttuazione delle unità di dirigenti medici e dagli aumenti contrattuali del 2004/05-2006/07-2008/09, è passata da 7.759.208.144 di € nel 2004 a 8.686.033.736 nel 2017, con un aumento di 926.825.322 di € (*Grafico 2; Tabella 1*). Nel dettaglio la spesa presenta il seguente andamento:

- dal 2004 è progressivamente aumentata raggiungendo un picco nel 2010, anno cui risale l'ultimo rinnovo contrattuale (+1.874.277.477 €; +24.16%);
- da segnalare la deflessione temporanea nel 2007 del 4.5% rispetto all'anno precedente (-422.231.035 €);
- dal 2010 al 2016 ha, però, subito un calo di -1.141.478.934 € (-2.07% annuo) per poi aumentare nuovamente nel 2017 (+194.026.779; +2.28%). Negli anni 2011-2014, in molte regioni d'Italia la applicazione della Legge 122 del 2010 (Governo Berlusconi) ha determinato un ulteriore taglio dei fondi contrattuali, in molti casi *ultra legis* come dimostrano recenti sentenze della magistratura in Piemonte.

**Grafico 2.** Andamento del personale medico e della spesa in Italia dal 2004 al 2017



**Tabella 1.** Spesa dirigenti medici in Italia 2004-2017

Anno	Spesa dirigenti medici (€)
2004	7.759.208.414
2005	8.445.600.900
2006	9.232.164.776
2007	8.809.933.741
2008	9.165.112.876
2009	9.315.221.744
2010	9.633.485.891
2011	9.356.339.249
2012	9.224.960.838
2013	9.046.339.488
2014	8.955.301.984
2015	8.902.245.953
2016	8.492.006.957
2017	8.686.033.736

Per tutte le Regioni d'Italia, cristallizzare la spesa per il personale al 2018, come previsto dal DL Calabria, appare svantaggioso, poiché gli anni di massima spesa non sono gli anni più recenti (2017 e quindi, verosimilmente, 2018) ma, quasi ovunque, quelli relativi al periodo 2009-2011 (Tabella 2).

Se raffrontiamo la spesa per la dirigenza medica del 2017 con il corrispettivo anno di massima spesa (Tabella 2), si evidenzia un diffuso e marcato risparmio di ciascuna Regione sulla spesa relativa al personale medico. Tale dato risulta, eccetto che in due regioni, anche dalla valutazione della spesa pro-capite, dato non influenzato dalle oscillazioni temporali degli organici medici (Tabella 3).

Mediamente in Italia, dal 2010 al 2017, la spesa per singolo medico dipendente si è ridotta del 6,2%. Colpisce, e meriterebbe un approfondimento sulla costruzione dei fondi contrattuali, il basso valore della retribuzione media pro capite in Umbria, Marche e Toscana rispetto alla media nazionale, avvenuta in un contesto di lieve incremento delle dotazioni organiche (Umbria e Toscana) o di lieve flessione (Marche).

Sempre rispetto al 2010, la spesa complessiva è calata di ben 947.320.627 €, con le maggiori contrazioni, rispetto all'anno di maggiore spesa, registrate in Campania (-185 mln), nel Lazio (-140 mln), in Sicilia (-121mln) e in Emilia Romagna (-93 mln), pur non essendo quest'ultima sottoposta a piano di rientro.

**Tabella 2.** Spesa totale dirigenti medici regionale

Regione	ANNO DI MASSIMA SPESA (€)	2017 (€)	DELTA (€)
ABRUZZO	217.823.515 (2005)	211.649.997	- 6.173.518
VAL D'AOSTA	29.917.819 (2012)	25.827.514	- 4.090.305
TRENTINO	233.200.908 (2017)	233.200.908	0
FRIULI	211.925.752 (2012)	202.179.628	- 9.746.124
VENETO	671.037.245 (2010)	661.884.907	- 9.152.338
LOMBARDIA	1.231.854.117 (2016)	1.170.833.485	- 61.020.632
LIGURIA	330.002.449 (2010)	282.905.478	- 47.096.971
PIEMONTE	779.515.512 (2010)	714.949.324	- 64.566.188
TOSCANA	645.491.307 (2010)	622.556.444	- 22.934.863
EMILIA	762.492.857 (2013)	668.554.471	- 93.938.386
MARCHE	261.664.620 (2010)	215.499.767	- 46.164.853
UMBRIA	184.160.140 (2012)	150.877.233	- 33.282.907
MOLISE	64.931.676 (2006)	39.269.709	- 25.661.967
LAZIO	817.419.714 (2011)	677.364.851	- 140.054.863
CAMPANIA	967.458.217 (2009)	782.397.604	- 185.060.613
PUGLIA	578.529.624 (2010)	516.655.185	- 61.874.439
BASILICATA	104.033.763 (2008)	98.534.512	- 5.499.251
CALABRIA	384.135.933 (2006)	322.992.361	- 61.143.572
SICILIA	871.984.509 (2010)	750.632.446	- 121.352.063
SARDEGNA	338.128.601 (2010)	337.399.440	- 729.161
<b>ITALIA</b>	<b>9.633.485.891 (2010)</b>	<b>8.686.165.264</b>	<b>- 947.320.627</b>

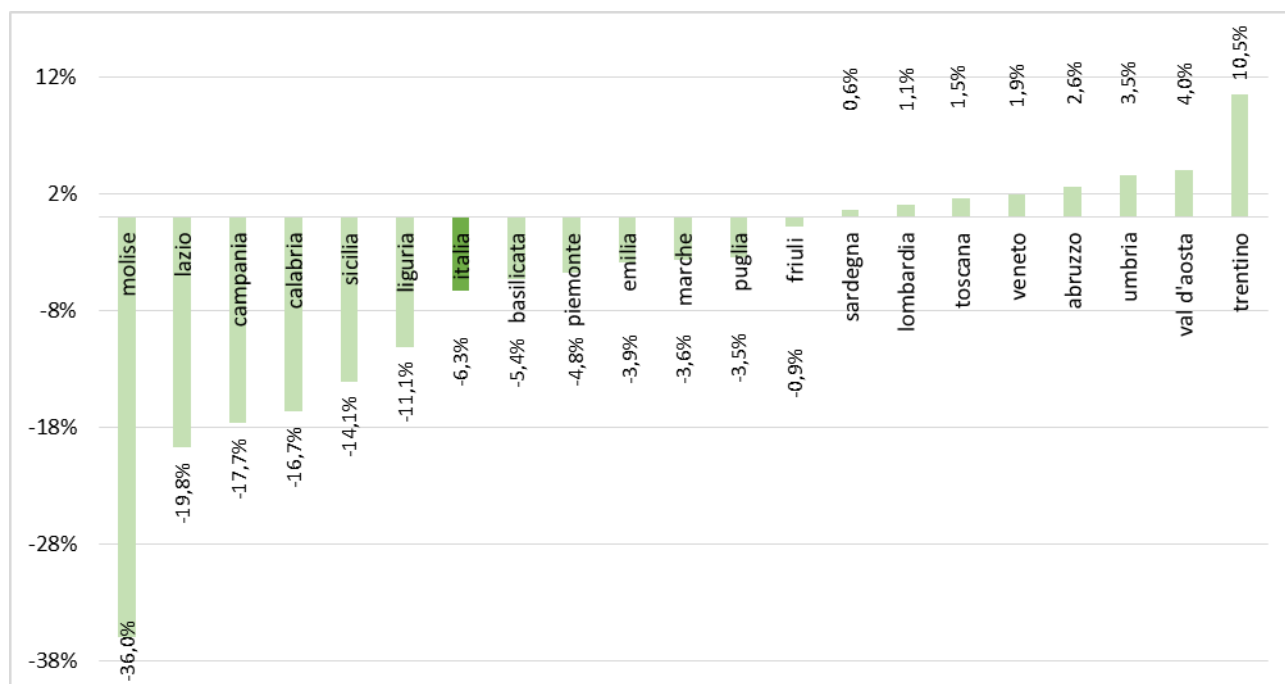
**Tabella 3.** Spesa regionale per dirigente medico

Regione	SPESA PROCAPITE (€) anno di massima spesa	SPESA PROCAPITE (€) anno 2017	DELTA % al 2017
ABRUZZO	76.969	78.651	+ 2% (dal 2005)
VAL D'AOSTA	87.223	83.046	- 4,8% (dal 2012)
TRENTINO	123.665	116.367	- 5,9% (dal 2009)
FRIULI	80.580	77.552	- 3,8% (dal 2012)
VENETO	85.059	81.916	- 3,7% (dal 2010)
LOMBARDIA	86.397	80.769	- 6,5% (dal 2016)
LIGURIA	82.521	78.497	- 4,9% (dal 2010)
PIEMONTE	87.018	84.679	- 2,7% (dal 2010)
TOSCANA	78.071	75.178	- 3,7% (dal 2010)
EMILIA	88.765	80.968	- 8,8% (dal 2013)
MARCHE	83.545	72.049	- 13,8% (dal 2010)
UMBRIA	94.830	76.354	- 19,5% (dal 2012)
MOLISE	91.582	92.182	+0.65% (dal 2006)
LAZIO	92.983	88.730	- 4,6% (dal 2011)
CAMPANIA	88.014	86.452	- 1,8% (dal 2009)
PUGLIA	83.530	77.680	- 7% (dal 2010)
BASILICATA	87.203	84.651	- 2,9% (dal 2008)
CALABRIA	87.822	86.108	- 2% (dal 2006)
SICILIA	87.839	84.095	- 4,2% (dal 2010)
SARDEGNA	81.792	80.123	- 2% (dal 2010)
<b>ITALIA</b>	<b>87.770</b>	<b>82.291</b>	<b>- 6.2% (dal 2010)</b>

Analizzando la variazione percentuale delle unità di dirigenti medici nel periodo 2009-2017 si individuano comportamenti diversi tra le Regioni:

- Molise, Lazio, Campania, Calabria e Sicilia presentano una deflessione significativa del personale, dal 14,1 al 36%, legata alle politiche dei piani di rientro. Solo la Liguria, tra le Regioni non investite dai piani di rientro, presenta una contrazione superiore a quella media nazionale (-11,1% vs - 6,3%), segno di scelte politiche sul personale particolarmente restrittive.
- Al contrario Trentino Alto Adige, Valle d'Aosta ed Umbria presentano un incremento del personale rispettivamente pari al 10.5%, 4.0% e 3.5%.
- Altre regioni invece, come il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna, la Lombardia, la Toscana e il Veneto presentano un andamento pressoché stabile (*Grafico 3*).

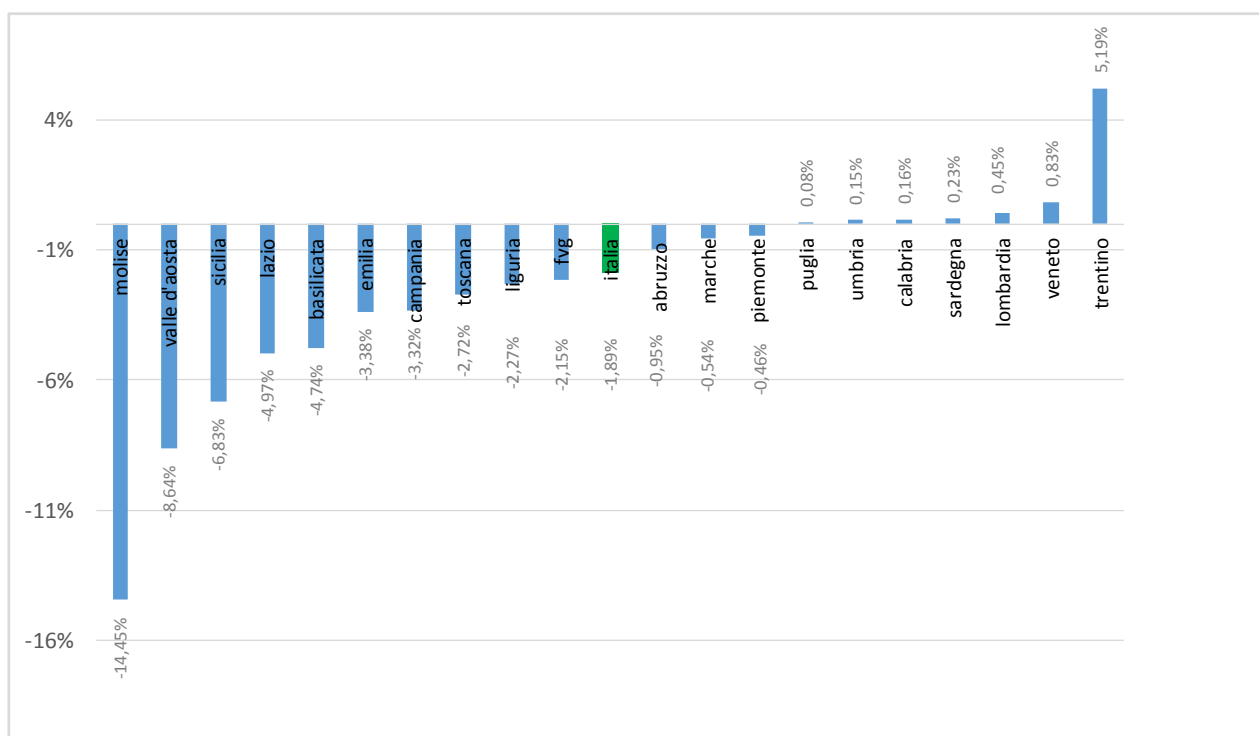
**Grafico 3.** Variazione percentuale del personale medico suddiviso per Regione nel periodo 2009-2017



Il calo del personale medico è stato costante dal 2009 al 2014 (-0.66%; -930 unità/anno), per subire una brusca accelerazione nel triennio 2014-2016 (-1.89%; -2.027 unità). In particolare:

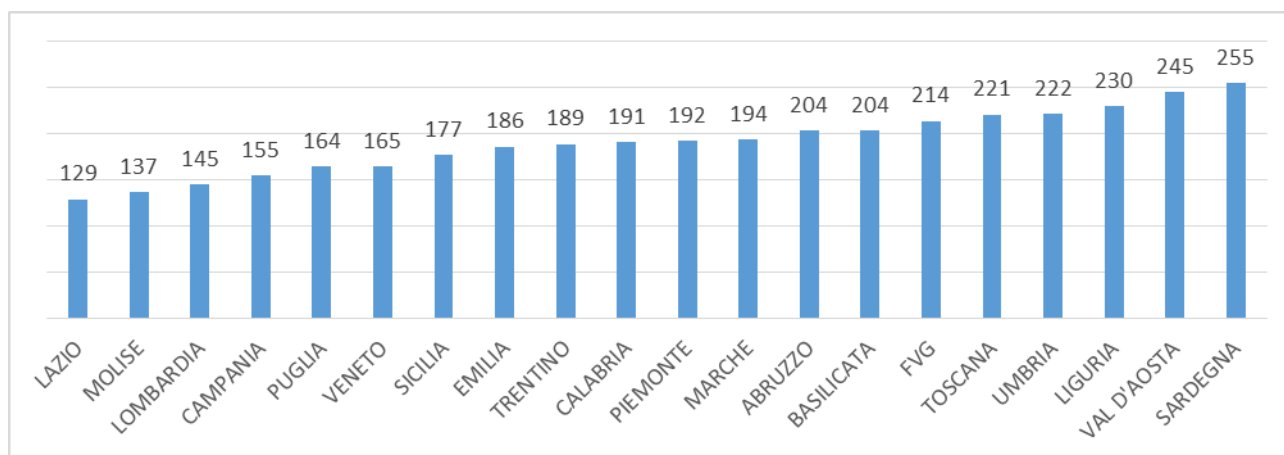
- la maggior parte delle Regioni, ma soprattutto il Molise, la Valle d'Aosta e la Sicilia, presentano un saldo negativo (-14.45%; -8.64%; -6.83%);
- un aumento considerevole si riscontra solamente per il Trentino Alto Adige (+5.19%) (*Grafico 4*).

**Grafico 4.** Variazione percentuale del personale medico suddiviso per Regione nel periodo 2014-2016



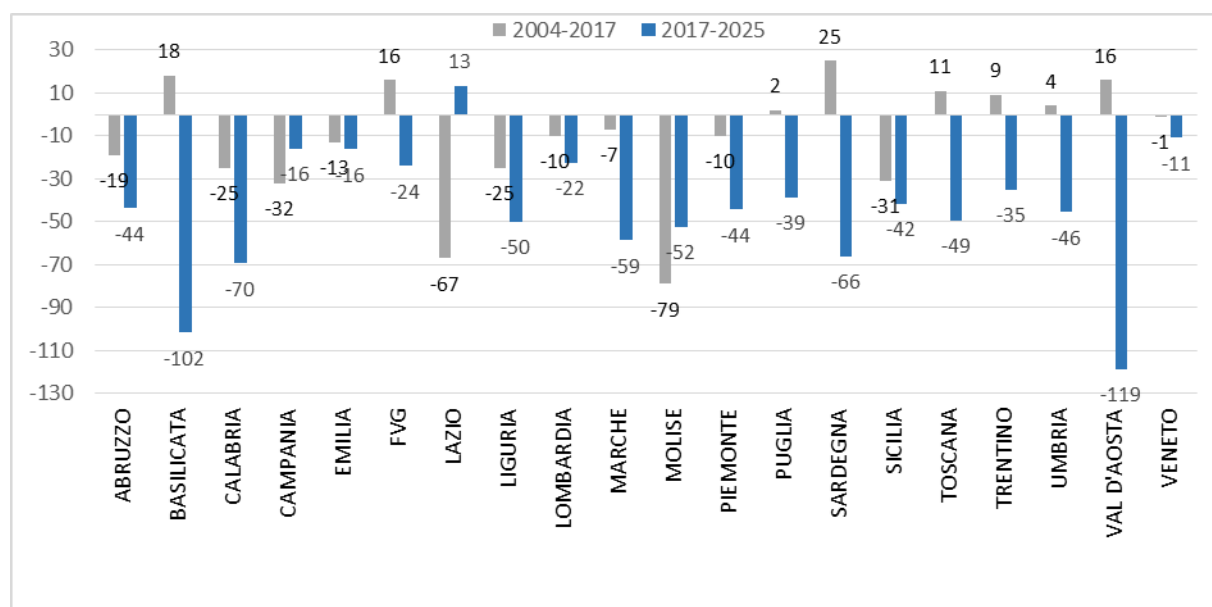
La media dei **dirigenti medici** ogni 100.000 abitanti nel 2017 è 190,95 unità, rispetto alla quale la Sardegna, la Valle d'Aosta e la Liguria si collocano ben al di sopra, al contrario di Lazio, Molise e Lombardia (*Grafico 5*). Su questi dati incidono, ovviamente, sia le politiche di blocco del turnover che la diffusione della sanità privata nelle singole Regioni e la dispersione della rete ospedaliera. Da segnalare il comportamento del Veneto che presenta un tasso di medici ospedalieri (165) nettamente inferiore a quello dell'Emilia Romagna (186) o del Piemonte (192) pur non avendo una diffusione sostanzialmente diversa della sanità privata e non avendo subito un piano di rientro. Una politica di scarsa attenzione ai fabbisogni di personale che oggi il Veneto paga pesantemente con la fuga dei propri medici verso il privato o verso l'estero e la assenza di candidati nei concorsi.

**Grafico 5.** Numero di dirigenti medici/100.000 abitanti nel 2017



La variazione del personale medico è maggiormente significativa considerando il numero di medici ogni 100.000 abitanti dal 2004 al 2017: la Sardegna aumenta di 25 unità/100.000 abitanti, mentre il Molise e il Lazio perdono rispettivamente 79 e 67 unità. La proiezione al 2025 del numero di medici/100.000 abitanti evidenzia come nessuna Regione sia in grado di soddisfare i bisogni previsti, ad eccezione del Lazio, a causa dell'esodo pensionistico atteso per i prossimi anni (*Grafico 6*).

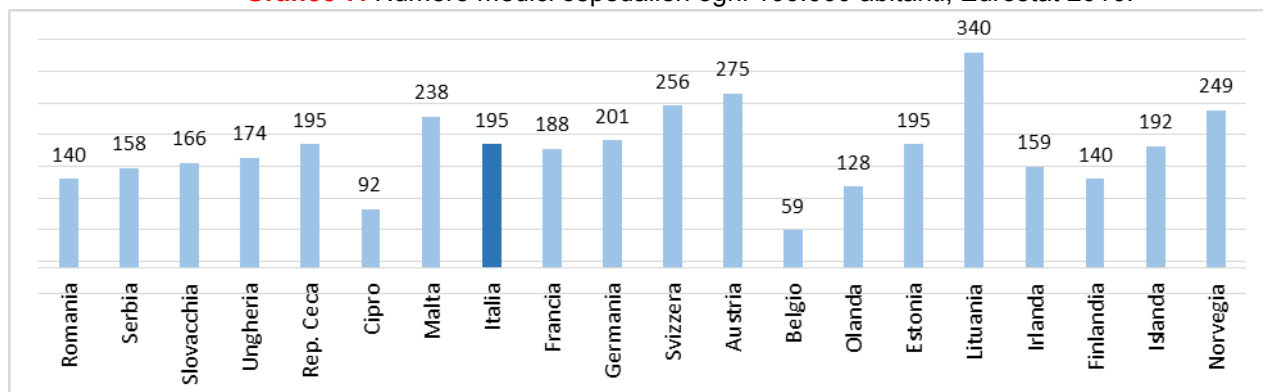
**Grafico 6.** Variazione del n. di dirigenti medici/100.000 abitanti 2004-2017 e 2017-2025



Nella maggior parte degli Stati Europei, gli ospedali impiegano più della metà del totale di medici attivi (Fonte Eurostat, 2016). Il numero di dirigenti medici ospedalieri per 100.000 abitanti in Italia si colloca nella media

(Grafico 7). Ma nel 2025 considerando la possibile perdita di 17.000 specialisti rispetto ai valori del 2017 (studio Anaa), i valori crollano a 166/100.000, collocando l'Italia al di sotto di Ungheria e Repubblica Ceca e allo stesso livello della Slovacchia.

**Grafico 7.** Numero medici ospedalieri ogni 100.000 abitanti; Eurostat 2016.



La *tabella 4* mostra il personale dirigente medico suddiviso per Regione, considerando la differenza di occupazione tra il 2017 e l'anno di maggiore occupazione, a partire dal 2004: Regioni come Veneto, Umbria, Lombardia, Trentino, presentano nel 2017 un numero di medici maggiore rispetto agli anni considerati, ma comunque insufficiente rispetto alla necessità di medici prevista per il 2025, secondo il confronto tra i flussi pensionistici nel SSN (2018/2025) con le capacità formative post laurea. Altre Regioni come Campania, Sicilia e Calabria presentano nel 2017, a causa dei piani di rientro, un'importante deflessione del numero di dirigenti medici rispetto agli anni precedenti, e, di conseguenza, in aggiunta alla programmazione fallimentare, presenteranno una notevole carenza di medici nel 2025. Il Molise ha il primato del taglio più pesante di personale medico negli anni, con ben 41% in meno dal 2005, seguito dal Lazio che, allo stato attuale, presenta una riduzione di 2.625 unità rispetto al 2006 (- 25%).

**Tabella 4.** Distribuzione del personale medico per regione al e nell'anno di massima occupazione, carenza di specialisti al 2017 e nel periodo 2018-2025

Regione	Anno di massima occupazione	2017	delta	delta %	Ammanco 2018-2025
ABRUZZO	2846 (2004)	2691	-155	-5,50%	-601
VAL D'AOSTA	359 (2014)	311	-48	-13,00%	-151
TRENTINO	1725 (2004)	2004	0	0,00%	-293
FRIULI	2646 (2012)	2607	-39	-1,50%	-311
VENETO	8080 (2017)	8080	0	0,00%	-501
LOMBARDIA	14496 (2017)	14496	0	0,00%	-1921
LIGURIA	4055 (2009)	3604	-451	-11,10%	-853
PIEMONTE	8958 (2010)	8443	-515	-5,75%	-2004
TOSCANA	8282 (2014)	8281	-1	-0,01%	-1793
EMILIA	8692 (2012)	8257	-435	-5,00%	-597
MARCHE	3132 (2010)	2991	-141	-4,50%	-937
UMBRIA	1976 (2017)	1976	0	0,00%	-424
MOLISE	722 (2005)	426	-296	-41,00%	-166
LAZIO	10259 (2006)	7634	-2625	-25,60%	+ 905
CAMPANIA	11282 (2007)	9050	-2232	-19,80%	-1090
PUGLIA	6926 (2010)	6651	-275	-4,00%	-1686
BASILICATA	1271 (2011)	1164	-107	-8,40%	-598
CALABRIA	4550 (2007)	3751	-799	-17,60%	-1410
SICILIA	11089 (2006)	8926	-2163	-19,50%	-2251
SARDEGNA	4318 (2016)	4211	-107	-2,50%	-1154
<b>ITALIA</b>	<b>112.700 (2009)</b>	<b>105.554</b>	<b>-7.146</b>	<b>-6,30%</b>	<b>-17.836</b>

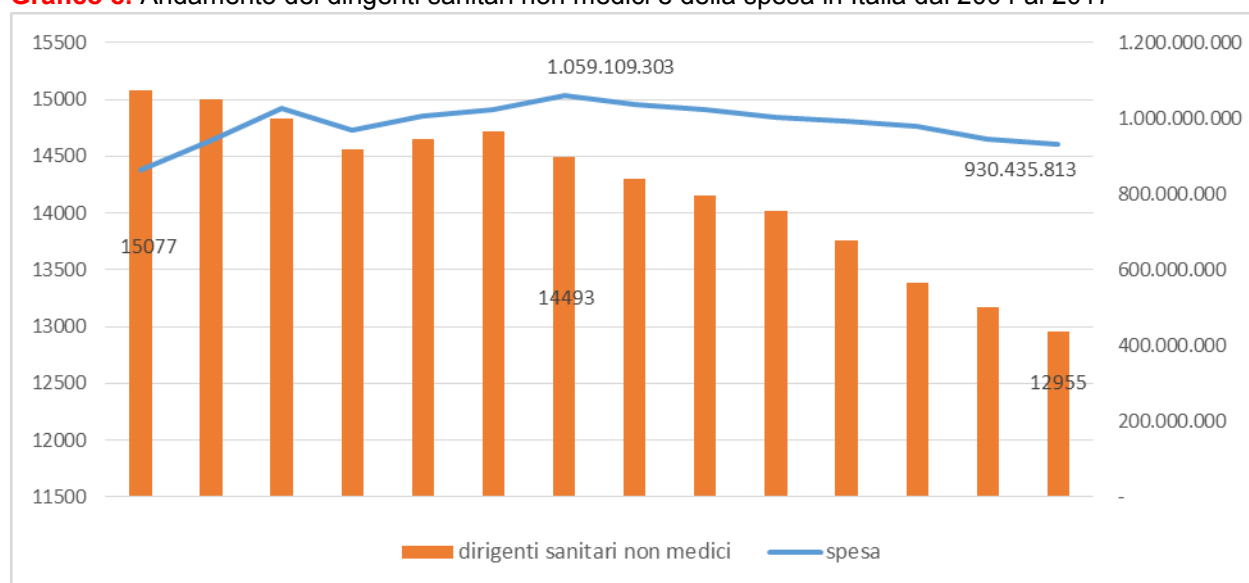


Nel periodo 2004-2017 i **dirigenti sanitari non medici** calano da 15.077 a 12.955 subendo una contrazione di 2.122 unità (-5.87%). Nel 2017, mentre i dirigenti medici presentano un lieve incremento (+460 unità) i dirigenti sanitari non medici continuano a calare (-213 unità).

La spesa negli anni 2004-2017, nonostante il calo progressivo di unità, è passata da 865.462.899 di € nel 2004 a 930.435.813 nel 2017, con un aumento di 64.972.914 di € (*Grafico 8; Tabella 5*). Nel dettaglio la spesa presenta il seguente andamento:

- dal 2004 è progressivamente aumentata raggiungendo un picco nel 2010, pari a +193.646.404 di € (+ 22.37%);
- da segnalare la deflessione temporanea nel 2007 del rispetto l'anno precedente (-56.513.131; -5.51%);
- dal 2010, anno di massima spesa, al 2017 ha subito un calo di -128.673.490 di € (- 1.83% annuo).

**Grafico 8.** Andamento dei dirigenti sanitari non medici e della spesa in Italia dal 2004 al 2017



**Tabella 5.** Spesa dirigenti sanitari non medici in Italia 2004-2017

Anno	Spesa dirigenti sanitari non medici (€)
2004	865.462.899
2005	943.331.868
2006	1.026.041.884
2007	969.528.753
2008	1.007.312.173
2009	1.023.386.336
2010	1.059.109.303
2011	1.036.993.149
2012	1.023.088.875
2013	1.003.897.442
2014	992.335.128
2015	980.727.100
2016	944.790.900
2017	930.435.813

La seguente *Tabella 6* mostra il personale **dirigente sanitario non medico** suddiviso per Regione nel 2004 e nel 2017. Tutte le Regioni, ad eccezione del Trentino Alto Adige mostrano un delta negativo, mentre Abruzzo, Val d'Aosta, Emilia e Basilicata nel 2017 risultano in equilibrio.

**Tabella 6.** Distribuzione di dirigenti sanitari non medici per regione nel 2004 e nel 2017

Dirigenti sanitari non medici	2004	2017	DELTA (2017-2004)
ABRUZZO	272	271	-1
VAL D'AOSTA	46	40	-6
TRENTINO	274	340	66
FVG	357	342	-15
VENETO	997	885	-112
LOMBARDIA	2083	1755	-328
LIGURIA	667	514	-153
PIEMONTE	1110	856	-254
TOSCANA	973	899	-74
EMILIA	1212	1210	-2
MARCHE	446	419	-27
UMBRIA	287	249	-38
MOLISE	97	53	-44
LAZIO	1534	1057	-477
CAMPANIA	1170	996	-174
PUGLIA	920	853	-67
BASILICATA	163	162	-1
CALABRIA	598	448	-150
SICILIA	1312	1121	-191
SARDEGNA	559	485	-74
<b>ITALIA</b>	<b>15.077</b>	<b>12.955</b>	<b>-2.122</b>

## CONCLUSIONI

Sotto il profilo finanziario, il periodo che va dal 2010 e arriva ai giorni nostri è stato terribile per il SSN. A causa della crisi economica, il finanziamento è stato progressivamente ridotto. In due anni addirittura in termini assoluti rispetto all'anno precedente: 2013 con il Governo Monti e il 2015 con il Governo Renzi. Solo con il Governo Letta nel 2014 si è avuta una crescita superiore al tasso inflattivo medio (+ 2,9 mld: + 2,7% rispetto al 2013). Per il resto, il finanziamento è cresciuto di circa un miliardo all'anno, insufficiente a coprire anche il differenziale inflattivo con conseguente perdita di valore in termini reali del FSN.

La limitazione della spesa per il personale sanitario, introdotta con la Legge n. 296 del 2006 e ripresa dalla Legge Finanziaria per il 2010, associata alle politiche dei piani di rientro, rivela di carattere prettamente economicistico, ha determinato nel 2017, come si deduce dai dati del CAT, una carenza nelle dotazioni organiche di circa 8 mila medici, 2 mila dirigenti sanitari e 36 mila infermieri. Regioni e Aziende per raggiungere l'equilibrio di bilancio hanno risparmiato tagliando sul personale, un Bancomat che è stato ferocemente sfruttato. E non si è trattato solo di turnover, ma anche di gravidanze o di assenze per malattie prolungate mai sostituite. Per questo le condizioni di lavoro nei reparti ospedalieri e nei servizi territoriali, soprattutto nelle Regioni in piano di rientro, sono rapidamente degradate e l'accesso alle cure per i cittadini è diventato difficile, con il prolungamento delle liste d'attesa misurato in semestri se non in anni. Così, in particolare al Sud, sono progressivamente peggiorati gli indici di morbilità e mortalità della popolazione, costretta all'emigrazione sanitaria per soddisfare i propri bisogni di salute. Negli ospedali i piani di lavoro, i

turni di guardia e di reperibilità sono oramai coperti con crescenti difficoltà e, una volta occupate le varie caselle, si incrociano le dita sperando che nessuno si ammali buttando all'aria il complicato *puzzle* che bisogna comporre ogni mese. Per gli operatori questo significa milioni di ore di straordinario non pagate, numero di turni notturni e festivi pro-capite in insopportabile crescita, fine settimana quasi sempre occupati tra guardie e reperibilità, difficoltà a poter godere perfino delle ferie maturate. Oggi la sostenibilità organizzativa ed economica degli ospedali italiani si fonda su condizioni di sfruttamento dei professionisti, inconciliabilità tra lavoro e vita familiare e sociale, *burnout* e malattie stress correlate.

Il risparmio per le Aziende relativamente al mancato turnover dei medici e dirigenti sanitari per il solo 2017 è valutabile intorno a 1,076 miliardi di €, mentre gli straordinari non retribuiti rappresentano un regalo di 500 milioni di € che ogni anno viene dai medici e dirigenti sanitari generosamente elargito. La situazione è pesante e pericolosa per il diritto alla salute dei cittadini ed i numeri del presente lavoro indicano che la prospettiva rischia di avvitrarsi verso il dramma, prospettandosi nei prossimi anni la difficoltà di reperire specialisti a causa della scriteriata programmazione dei fabbisogni nell'ultimo decennio.

Di fronte a questa dura realtà che sta mettendo in crisi le strutture sanitarie, in particolare nel settore dell'emergenza/urgenza, le Regioni reagiscono con provvedimenti tanto fantasiosi quanto illegittimi ed inefficaci. Dopo aver clamorosamente fallito con le proposte di assunzione prima di medici pensionati, poi stranieri ed infine militari, oggi si avventurano verso il reclutamento di neo laureati abilitati. Non considerano che derogare dalla normativa nazionale per l'accesso alla dirigenza medica e sanitaria nel SSN, significa abbassare ulteriormente la qualità e la sicurezza delle cure, e quindi incrementare il rischio clinico e il contenzioso con i pazienti.

### **Cosa fare concretamente in questo difficile contesto?**

Importante è sicuramente dare seguito alle promesse avanzate per la salvaguardia del SSN. La cosiddetta "Quota 10", cioè 10 miliardi di € in tre anni di incremento del FSN, rappresenta il primo passo verso la salvezza, il livello minimo di finanziamento per affrontare le criticità emergenti. Serve anche per avviare un grande piano assunzionale il cui costo è valutabile, per i soli medici e dirigenti sanitari, in circa un miliardo di €. E' necessario, pertanto, prevedere nella prossima Legge di Bilancio il superamento del limite posto con il DL Calabria all'incremento delle dotazioni organiche rispetto al 2018, altrimenti le Regioni in piano di rientro impiegherebbero decenni per recuperare il personale perso dal 2009 in avanti. Anche in presenza di uno sblocco largo delle assunzioni, per far fronte alla carenza attuale e futura di specialisti devono essere rapidamente emanati i decreti attuativi della norma contenuta nell'articolo 12 del DL Calabria che permette l'assunzione a tempo determinato degli specializzandi del 4° e 5° anno con un contratto di formazione lavoro collegato a quello dell'Area della Dirigenza sanitaria. Ad oggi sono circa 9.000 i medici in formazione interessati, e rappresentano, insieme con i circa 15.000 specializzati degli ultimi tre anni, una platea adeguata per tamponare la prima ondata pensionistica che avremo entro il 2022. Il risparmio sui contratti di specializzazione, conseguente all'assunzione a tempo determinato degli specializzandi da parte delle Regioni, permetterebbe di incrementarne il numero fin dal prossimo anno ad almeno 12.000. Innescando tale circolo virtuoso si comincerebbe a rispondere alle attese dei medici intrappolati nell'imbuto formativo, destinati altrimenti ad aumentare nei prossimi anni, senza contare che l'incremento degli specializzandi e del numero dei futuri specialisti a partire dal 2023 permetterebbe di affrontare la seconda ondata di pensionamenti.

### **Ma sarà sufficiente avere un numero congruo di specialisti per il futuro?**

Oramai il nostro lavoro è vissuto come gravoso, difficile e perfino pericoloso a causa del rischio di denunce ed aggressioni. Un lavoro con profonde ripercussioni sulla qualità della vita familiare e sociale che non tutti si sentono di affrontare. Lo dimostrano le scelte fatte dagli specializzandi che preferiscono discipline spendibili sul mercato privato, come cardiologia, dermatologia, pediatria, oculistica, chirurgia plastica, che sono saturate già nei primi scaglioni di merito, mentre chirurgia generale o medicina di emergenza/urgenza rappresentano scelte secondarie. Indubbiamente il lavoro nel privato è meno stressante, si affronta una

casistica di elezione, non critica, e garantisce un'alta remunerazione. Gli stipendi del settore pubblico, dopo 10 anni di blocco contrattuale, si sono sviliti e l'attuale dinamica contrattuale è insufficiente a garantirne un recupero in tempi brevi. Nel contempo, in Europa cresce la domanda di laureati in Medicina. La Commissione europea indica una necessità di 230 mila medici entro il 2023. I Paesi europei, verso i quali emigrano ogni anno circa 1.500 nostri laureati, assicurano una valorizzazione delle capacità professionali e retribuzioni che possono arrivare al doppio di quelle italiane.

**Non sono problemi che possono essere risolti con politiche regionalistiche.**

Il Governo deve recuperare il ruolo che gli spetta perché le politiche sanitarie necessitano di una nuova stagione di centralizzazione. Non si può accettare che il fai-da-te delle Regioni e gli ostacoli alle riforme da parte di settori del mondo accademico diventino fonte di nuove diseguaglianze in ambito sanitario.

*A cura di*

*Carlo Palermo (Segretario Nazionale Anaa Assomed)*

*Chiara Rivetti (Segretario Regionale Anaa Assomed Piemonte)*

*Sara del Genio (CdLM Scienze delle professioni sanitarie tecnico diagnostiche - Università degli studi di Padova)*

*Francesca Scotton (Medico in formazione specialistica in Igiene e sanità pubblica – Università degli studi di Padova)*

*Elena Marcante (Medico in formazione specialistica in Igiene e sanità pubblica – Università degli studi di Padova)*

*Giorgio Cavallero (Vice Segretario Nazionale Vicario Anaa Assomed)*

*Domenico Montemurro (Medico esperto di programmazione sanitaria)*