

health

Camici fantasma: cosa rischi con la carenza di medici (e come abbiamo fatto a ridurci così)

Turni massacranti, orari improponibili e stipendi bassi. Ma anche contratti di formazione e borse di studio che non vengono erogati dallo Stato e soluzioni provvisorie che non miglioreranno la situazione. Anzi. Se ti stai chiedendo cos'abbia a che fare tutto questo con te, sappi che sono solo alcune delle ragioni per cui “quando cerchi un medico, non lo trovi mai”.

Giulia Dallagiovanna • 30 gennaio 2020 * ultima modifica il 30/01/2020

Immagina di avere la febbre molto alta e un mal di testa intenso. Ormai si è fatta notte e non puoi certo disturbare il tuo medico di famiglia alle 10 di sera. Ti ricordi, però, che a poca distanza da casa tua era stato attivato un Servizio di Continuità Assistenziale, una Guardia Medica insomma. Tua moglie, tuo marito o un tuo familiare salgono in macchina e ti ci accompagnano immediatamente. Quando arrivate sul posto, la sorpresa: **il presidio è stato spostato di diversi chilometri**, mentre tu sei sempre più preoccupato per quegli strani sintomi che si stanno manifestando. Ora fai persino fatica a tenere gli occhi aperti.

Decidete che la cosa migliore sia andare immediatamente al Pronto soccorso. Abitate in un paese di provincia e il primo ospedale utile si trova a una ventina di minuti. All'accettazione ricevi un codice rosso e vieni visitato subito. Il medico però non si sente abbastanza sicuro per avanzare una diagnosi, **è stanco e poco concentrato**. E il tempo continua a scorrere. Vorrebbe chiedere un consulto a

occupati a risolvere le altre emergenze di quella sera. E tu intanto rimani lì, con una meningite in corso e **nessuno che riesca ad assisterti** come speravi.

Quando senti parlare di **carenza di medici**, devi sapere che significa questo. E la colpa non è di chi non ha saputo riconoscere un'infezione delle tue meningi, ma di chi ha permesso, negli anni, che il Sistema sanitario nazionale si ritrovasse a vivere **una vera e propria emergenza**: serve personale, ma non si trova. Non viene formato, non viene pagato e non vengono nemmeno garantiti contratti stabili. Da un lato la salute dei pazienti è tutelata, dall'altro gli operatori sanitari rimasti si trovano a dover affrontare turni con orari improponibili e condizioni di lavoro (e di vita) sempre più al ribasso.

Proviamo allora a fare un viaggio negli ospedali e nelle Asl italiane e a guardare da vicino cosa stiamo rischiando.

Carenza dei medici

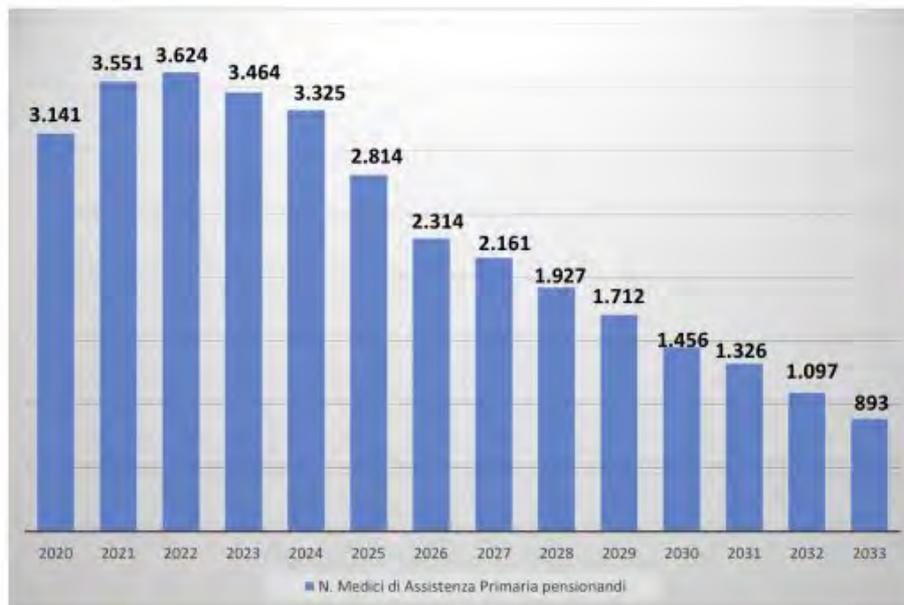
1. Quali medici mancano di preciso?
2. Come siamo arrivati a questo punto?
3. L'imbutto formativo
4. Chi sono i camici grigi?
5. La specializzazione risolve ogni problema, giusto?
6. Specializzandi immobili
7. Ma quali sono le soluzioni?
8. Cosa bisognerebbe fare
9. Se la Medicina Generale diventa un ripiego
10. Fare il medico, nonostante tutto

Quali medici mancano di preciso?

Innanzitutto, è scorretto dire che manchino medici. E questo è un punto *fondamentale* che dovrai tenere sempre a mente: **mancano specialisti**, sia negli

"Rispetto al 2009, mancano già **8mila medici ospedalieri e 2mila dirigenti sanitari**, ma anche 36mila tra infermieri, fisioterapisti e altro personale deputato all'assistenza". A fornire i primi numeri è Carlo Palermo, segretario nazionale [di ANAAO](#), l'associazione dei medici e dirigenti sanitari italiani. Ma la situazione è destinata a peggiorare e si calcola che tra una decina d'anni **rimarranno circa 47mila posti vacanti**. Sarà scoperta soprattutto l'Urgenza-Emergenza, ma anche la Ginecologia, la Cardiologia, la Pediatria, l'Anestesia, la Rianimazione, alcune aree della Medicina Interna e la Chirurgia. I neo specializzati sono così pochi, che i concorsi vanno deserti. Nel 2017 è accaduto a Mestre, poi a Parma e nel 2019 si è ripetuto a Foggia.

Anche [dalla FIMMG](#), la Federazione italiana dei medici di Medicina Generale, non arrivano buone notizie: "Entro i prossimi 3 anni **andranno in pensione oltre 10mila medici di famiglia** – conferma il segretario nazionale Silvestro Scotti – e tra cinque lasceranno il lavoro in almeno 17mila. Allo stesso tempo non formiamo un numero sufficiente di specialisti e quindi il sistema non può andare in pareggio. Nel concreto questo significa che si passa dal minore dei rischi, ovvero quello di dover percorrere anche 20 o 30 chilometri di distanza per raggiungere il proprio medico, al grado massimo: **ritrovarsi del tutto senza**. Già in Lombardia è stato allargato il bacino di assistenza assegnato a ogni dottore e in alcune zone ci si deve occupare di 1.800 pazienti, 300 in più rispetto alla norma. Per una popolazione che in media sta invecchiando e per chi già soffre di patologie croniche questa situazione può creare serie difficoltà".



Elaborazione dati ENPAM
Dr.ssa Tommasa Maio - FIMMG



Il calcolo dei medici di Medicina Generale che **andranno in pensione** nei prossimi anni.

Credits: FIMMG

A complicare il panorama, c'è anche una progressiva svalutazione del pubblico e un dirottamento verso il privato. Naturalmente, a pagamento. "Ma vi sono persone con un reddito troppo basso o con patologie croniche che non possono permettersi di non ricevere assistenza dal Sistema sanitario nazionale – fa notare Giovanni Leoni, vicepresidente [dell'Ordine dei Medici \(FNOMCeO\)](#) – Ho 62 anni, ma **non ricordo una situazione così triste** come quella che si è creata negli ultimi 10 anni e ancora di più negli ultimi 5". Il perché lo capirai andando avanti.

Come siamo arrivati a questo punto?

Prima di tutto non è una circostanza inaspettata e **le associazioni lo denunciano da anni**, ma fino a quando non sono scoppiati i casi famosi di Veneto, Molise e altre regioni, le loro parole sono rimaste inascoltate. Torniamo quindi alla prima domanda che ti sarà venuta in mente: come abbiamo fatto a ridurci così? **Le cause principali sono quattro:** imbuto formativo, mancata programmazione da parte delle istituzioni, blocco assunzioni e quota 100. A queste si aggiungono poi una serie di

La programmazione

Ministero della Salute e Miur si occupano di soddisfare i bisogni che le Regioni espongono. Significa, nella pratica, che questi due enti devono assicurare il corretto ricambio tra i medici che vanno in pensione quell'anno e il numero di quelli che si specializzano. Naturalmente, le stime si fanno tenendo presente le proiezioni per gli anni successivi e se il numero di nuovi specialisti non è sufficiente, bisogna intervenire in tempo per integrarlo con le forze necessarie. Negli ultimi 10 anni questo meccanismo si è inceppato e **la programmazione è stata scorretta, se non del tutto mancante.**

L'emorragia di Quota 100

Intanto i governi si sono susseguiti e ciascuno ha preso le proprie decisioni, che in qualche modo sono ricadute anche sul Sistema sanitario. Due in particolare hanno fatto sentire il loro peso. La prima risale al 2007 e al **tetto alla spesa per il personale** imposto dall'allora ministro dell'Economia Giulio Tremonti. Le aziende ospedaliere sono state messe al muro: di nuove assunzioni neanche a parlarne e il turn over si è bloccato. *"Solo negli ultimi 8 anni abbiamo perso circa 2 miliardi di euro che potevano essere destinati all'arrivo di medici, secondo quanto ha calcolato l'Ufficio parlamentare di bilancio"*, spiega Mirko Claus, presidente nazionale [di FederSpecializzandi](#), l'associazione che rappresenta i medici in formazione specialistica.

Da un lato quindi nessun nuovo dipendente, dall'altro **l'aumento dei pensionamenti reso possibile da Quota 100**, il calcolo per la pensione anticipata introdotto dal primo governo Conte. Assistiamo e assisteremo a un'uscita di massa, frenata solo in parte dalla riforma Fornero. *"L'età media dei professionisti oggi è tra i 53 e i 55 anni, la più alta d'Europa: dobbiamo aspettarci sempre più posti vuoti nei prossimi anni"*, aggiunge Leoni. Il picco arriverà attorno al 2025. E c'è un altro problema, piuttosto serio: *"Di recente abbiamo rilevato un fenomeno, emerso soprattutto in regioni come Veneto e Piemonte e dove c'è maggiore carenza – racconta Palermo, di ANAAO. – **Aumentano i licenziamenti spontanei** da parte di colleghi che non riescono più a lavorare in questo contesto, gravati da carichi di lavoro pesanti, con weekend sempre occupati, difficoltà ad andare in ferie e problemi in famiglia o nella vita privata, come conseguenza"*.

Ogni anno si specializzano circa 1.500 ospedalieri e 200 medici di famiglia rispetto a quanti ne avremmo bisogno

Ogni anno si specializzano **1.500/2mila persone in meno** rispetto a quante ne avremmo bisogno negli ospedali e 200 in meno nella Medicina Generale. A complicare la situazione c'è poi la fuga all'estero e verso il privato, dove stipendi e condizioni lavorative sono migliori. Più o meno un terzo dei nuovi specialisti viene perso in questo modo. Le strutture ospedaliere si ritroveranno a **colmare un gap di quasi 16mila medici**. Sedici mila, proprio come quelli che ogni anno si presentano al Concorso nazionale per entrare in una Scuola di specializzazione. E qui arriviamo alla quarta causa: l'imbuto formativo.

L'imbuto formativo

Se hai deciso di diventare medico dovrai prima di tutto iscriverti alla facoltà di Medicina e Chirurgia e **superare il test d'ingresso**. Si apriranno davanti a te sei anni di studi universitari e poi la laurea. A questo punto sarai medico, ma non potrai esercitare. Per quello infatti ti servirà l'abilitazione che otterrai **superando un esame di stato**. Questa ulteriore prova è composta da tre mesi di tirocinio e poi un vero e proprio test che, al momento, è a crocette e i quesiti vengono estratti da un database di 7mila domande note. Se quindi ti sei preparato, non dovresti avere difficoltà a risultare idoneo.

Con la tua abilitazione tra le mani, puoi iniziare a svolgere alcuni lavori legati alla tua professione: sostituzione di medici di Medicina Generale, Guardia Medica, occupazioni in RSA e cliniche private. Non sarai né medico di famiglia, né uno specialista ospedaliero. Per arrivare a quei titoli dovrai **superare altre selezioni**, tenendo conto che, nel frattempo, è possibile che siano trascorsi anche 12 mesi da quando hai indossato la corona d'alloro.

Ogni anno viene indetto un **Concorso nazionale per accedere a una Scuola di specializzazione**. Un nuovo test a crocette, questa volta non più riferito a un database, il cui risultato finale ti consentirà di raggiungere una determinata posizione nella graduatoria, dove chi prima arriva meglio alloggia. Significa che se

potresti anche rischiare di finire in una regione molto lontana rispetto alla tua o di frequentare una specializzazione che non ti interessa poi così tanto. In modo simile funziona anche per i medici di Medicina Generale. C'è sempre **un concorso bandito annualmente**, che prevede il superamento di una prova scritta e poi una graduatoria grazie alla quale si riuscirà ad avere accesso o meno alla formazione.

In entrambi i casi riceverai un compenso durante questi anni (4 o 5 per la specialità, 3 per la Medicina Generale). Ho parlato di compenso e non di stipendio perché si tratta di **borse di studio erogate dal Miur**, dalle regioni o dal fondo sanitario nazionale. Se sei in ospedale percepirai dai 1.600 ai 1.800 euro al mese, mentre in ambulatorio diventano 800 euro. Contributi, tasse universitarie e assicurazione sono a carico tuo.

Chi riesce a non perdere nemmeno un anno, si specializzerà tra i 29 e 31 anni, in base al corso che ha scelto. E se invece non entri? Dovrai aspettare altri 12 mesi prima di poter ritentare uno dei due concorsi e nel frattempo lavorerai con contratti da precario. È questa **la zona dei cosiddetti "camici grigi"**.

Chi sono i camici grigi?

I camici grigi sono i **medici che non hanno una specializzazione**. In questa area si trovano persone di circa 50 anni che hanno tentato percorsi alternativi e hanno preferito non specializzarsi, ma anche tutti quei giovani medici che non hanno ottenuto un punteggio alto a sufficienza per poter accedere a una borsa di studio. Ogni anno rimangono esclusi **tra i 7mila e i 9mila** candidati e sono loro quelli che si ritrovano a riempire i vuoti del Sistema sanitario nazionale, il più delle volte con pochissime tutele e dovendo incastrare mille lavori.

"Esercito come Guardia Medica in Basilicata con un contratto che mi viene rinnovato di tre mesi in tre mesi. Ho fatto qualche sostituzione in una clinica privata e, oltre a questo, collaboro con un carcere militare e con un medico legale, che poi è la professione che vorrei fare". A parlare è Luca Scognamiglio, un medico di Pomigliano (Napoli) che sta concludendo il suo primo anno da precario. *"A volte smonto dalla notte in Basilicata e poi faccio due ore di macchina per raggiungere lo studio del medico legale. Non esiste nessuna forma di rimborso spese per il viaggio di andata o di ritorno, perché viene pagato solo il turno di guardia. Non sono nemmeno previste ferie o malattia: mi viene versata solo una parte di assicurazione e il resto è tutto a*

COPIA
LINK

carico mio. Certo, non mi posso lamentare della remunerazione, ma **sono tutte occupazioni precarie**".

E se lui rinunciasse, sarebbe un problema. Almeno per quelle persone che abitano nella zona sotto il presidio di Continuità Assistenziale di cui si occupa: un'area rurale con 2.500 abitanti, dove il primo ospedale è a 40 minuti di distanza e un'ambulanza impiega quasi un'ora per arrivare. "Può capitare che entri un paziente che si è tagliato e allora bisogna praticargli dei punti di emergenza. In teoria non dovrei farlo io, ma in un paese così isolato non ci sono alternative. In questo caso non sono però coperto dall'assicurazione garantita dall'Asp, perciò ogni guardia medica ne attiva una integrativa a carico suo, per essere più tutelato".

I camici grigi sono medici non specializzati, che riempiono i vuoti del Sistema sanitario nazionale ma solo con contratti precari

La Basilicata è una tra le regioni più colpite dalla carenza di medici, tanto che **la situazione è ormai diventata endemica**. "Si fa una fatica estrema per coprire tutti i presidi di guardia medica, soprattutto nelle aree rurali dove non è possibile accorpate le zone come si fa nelle grandi città. Un turno normale dura 12 ore, ma qui hanno dovuto ricorrere a una deroga per cui **lo hanno portato fino a 23**, il massimo consentito. Se però dovesse succedere qualcosa, il medico potrebbe avere dei problemi legali perché risulta che abbiamo superato le ore di lavoro stabilite".

La specializzazione risolve ogni problema, giusto?

"Turni allucinanti, orari improponibili, stipendi inadeguati". Federico Lavagno, coordinatore del dipartimento post laurea [di SIGM \(Segretariato italiano giovani medici\)](#) ha forse trovato il riassunto più efficace per descrivere **i tanti problemi della formazione specialistica**, soprattutto in ambito ospedaliero. Neolaureato in attesa di abilitarsi per poi tentare il Concorso nazionale, non si fa molte illusioni su quello che lo attende: "Quando sei uno studente di Medicina, non hai una percezione chiara rispetto a quello che sarà il tuo futuro. Lo scopri solo dopo quali sono i disagi. Noi infatti organizziamo incontri proprio per informare su questo. E **per una persona esterna è ancora più difficile da capire** perché quello del medico continua a essere

COPIA
LINK

"Il numero di ore lavorative settimanali è davvero inumano – conferma il dottor Massimo Minerva, un medico in pensione che ha fondato [ALS, Associazione liberi specializzandi](#), quando la figlia si è trovata a dover fare i conti con questo sistema – **si arriva anche a 100**, contro quanto prevede [la legge 161 del 2014](#), che in effetti quasi nessuno mette in pratica. E questo accade perché c'è carenza e gli specializzandi devono supplire al lavoro che gli strutturati non riescono a fare. Così gli ospedali possono contenere gli organici e ridurre le spese per il personale". Lavorano, dunque, e parecchio. Ma **non vengono formati**. "Quando andiamo all'ospedale non ci preoccupiamo solo di trovare un medico, ma anche che quel medico sappia fare il proprio mestiere", fa notare Minerva.

Non vengono affiancati né seguiti, non riescono a partecipare a congressi o altre forme di aggiornamento e il 57% di loro ha dichiarato in [un questionario pubblicato sul sito del Miur](#) di **fare addirittura fatica a frequentare le lezioni**. Accade perché ci sono troppi pochi medici e anche perché gli stipendi nel settore pubblico si stanno abbassando così tanto che alcuni strutturati lasciano il reparto a metà giornata per occuparsi del proprio ambulatorio privato.

Specializzandi immobili

COPIA
LINK

Quando diventi specializzando, vieni pagato Miur o dalla Regione, ma **sei sotto l'egida dell'università**, la quale ci tiene moltissimo a rivendicare la propria autonomia. E questa forma di puntiglio non ricade solo sui giovani medici, ma finisce con l'aggravare il problema della carenza. Facciamo un esempio: hai superato il concorso, ma invece che entrare in Cardiologia come avresti voluto, la graduatoria ti ha assegnato a Pneumologia. E magari quell'ambito ti interessa anche o comunque l'idea di un altro anno da precario non ti attira, quindi accetti il contratto. Diventare un Cardiologo rimane però il tuo sogno e allora provi a cambiare specializzazione senza perdere troppo tempo: sono entrambe internistiche, quindi non troppo distanti tra loro.

*"In Italia ogni Scuola di specializzazione ha un suo percorso formativo, mentre il contratto viene stipulato tra il medico, l'Università e la Regione – spiega Mirko Claus. – Il trasferimento può avvenire solo per motivi di particolare gravità sopravvenuti dopo la firma, come malattie o altre situazioni personali che necessitano di una richiesta di avvicinamento. In termini formali bisogna richiedere un nulla osta da parte dell'ateneo in entrata e di quello in uscita per poter cambiare la città. Molto spesso le istituzioni universitarie pongono dei limiti, a volte non giustificati. Diverso è il discorso per il cambio di specializzazione, che non si può fare **a meno di ripetere il test** l'anno successivo".* Lo specializzando perde dell'altro tempo e i pazienti un altro medico.

È la battaglia che sta portando avanti M., iscritto all'Università di Modena e Reggio Emilia. Entrato in specializzazione nel 2017, l'anno successivo ha richiesto il trasferimento familiare per stare vicino al figlio appena nato e soprattutto alla compagna, che aveva sofferto di complicazioni post parto e non riusciva a occuparsi da sola del bambino. "Ho richiesto subito un colloquio privato con il direttore di specialità per capire quali fossero le mie possibilità. Mi ha risposto che un neonato non era una patologia e che avremmo dovuto pensarci prima. Era chiaro che non avrei ottenuto il trasferimento per le vie brevi, allora ho presentato un'istanza formale al Magnifico Rettore". Questi doveva acquisire un parere non vincolante da parte di una giunta dove sedeva (e siede) anche il direttore di quella Specializzazione e poi poteva decidere se concedere il nulla osta oppure no. "L'organo ha dato **un responso negativo** e il rettore si è uniformato a quella scelta", conclude M.

Nelle settimane successive sono però arrivati altri esami clinici, che hanno confermato i problemi di salute della sua compagna. Presentata una seconda

COPIA
LINK

Bologna gli è stato utile. Al momento è in attesa di una risposta da parte del Tribunale di Bologna, davanti al quale ha avviato un ulteriore procedimento, e anche del responso del Rettore che nel frattempo è cambiato e potrebbe prendere una decisione diversa. Ha anche sollevato la questione di fronte all'Osservatorio nazionale della Formazione Medica Specialistica (che unisce ministero della Salute e Miur) che gli ha dato ragione. L'Università ha però considerato "non rilevante" questo parere e ha proseguito per la sua strada **nel nome dell'autonomia**. A Modena quindi c'è uno specializzando che è stato costretto a mettersi in aspettativa per un anno e che rischia di dover ripetere il test per raggiungere la propria fidanzata. Si perde tempo in capricci, mentre le persone hanno bisogno di medici.

Ma quali sono le soluzioni?

Una situazione che **si poteva prevedere da almeno una decina d'anni**, ha invece attirato l'attenzione solo nel 2018, quando ormai era impossibile nascondere i vuoti che si stavano creando. Alcune regioni ritrovatesi con l'acqua alla gola hanno provato a far da sé. A dicembre di quell'anno, il **Veneto** annunciava che avrebbe avviato percorsi alternativi alle Scuole di specializzazione per 200 neolaureati, con contratti a termine e contributi pagati, ma anche un corso per formare medici d'Emergenza Urgenza della durata di 4 mesi e 300 ore complessive.

*"Arruolare nei pronto soccorsi o ambulanze medici che non hanno la specializzazione e si trovano al mio stesso livello di formazione **può diventare pericoloso** – commenta il dottor Scognamiglio, esprimendo ad alta voce un pensiero che probabilmente avrai appena avuto anche tu. – Io mi sento preparato per esercitare come Guardia Medica, dove la casistica che incontro presenta una difficoltà medio bassa. Quando arriva un paziente con una patologia più seria devo però poter fare affidamento sul 118: se il medico che mi trovo davanti ha le mie stesse competenze, che facciamo?"*

Le regioni richiamano medici in pensione, anche fino a 70 anni di età

A giugno 2019 il **Molise** aveva invece fatto richiesta di impiego per 105 medici militari negli ospedali, ormai gravemente sotto organico.

Regione, Attilio Fontana, 2mila specializzandi all'ultimo anno avrebbero potuto agire più in autonomia tra le corsie del proprio reparto, in modo da alleggerire il lavoro degli strutturati. Un tutor li avrebbe inizialmente affiancati per accompagnarli verso una maggiore indipendenza nel proprio lavoro. Non veniva prevista nessuna variazione nel contratto, in modo che i giovani medici continuassero a percepire una borsa di studio e non venissero conteggiati all'interno del calcolo delle risorse umane. Ma non serviva un via libera ufficiale: tutto questo in molti ospedali accade già, da diverso tempo, ed è proprio **il sistema di sfruttamento** di cui ti parlavo prima.

In diverse strutture stanno infine richiamando medici già in pensione, fino ai 70 anni di età.

Le regioni hanno provato ad arrangiarsi, come potevano e come sapevano. Ma **lo Stato a quali soluzioni ha pensato?** Per la verità, ha ragionato sull'emergenza, senza rendersi conto che a breve la situazione diventerà cronica e sono fondamentali dei cambiamenti nell'intero e complesso meccanismo che ti ho spiegato.

Il decreto Fedeli: la laurea abilitante

COPIA
LINK

A maggio 2018 l'allora ministro dell'Istruzione, Valeria Fedeli, [ha firmato un decreto](#) per trasformare **la laurea in Medicina e Chirurgia in una laurea abilitante**.

Secondo il provvedimento, che dovrebbe entrare definitivamente in vigore nel 2021 (ma bisognerà capire anche quali saranno le decisioni del governo che sarà in carica in quel momento), il tirocinio di tre mesi necessario per accedere all'esame di Stato verrà spostato a prima della fine del corso di studi, in modo che un neolaureato possa abilitarsi subito e non perdere un anno. Il ragionamento fila, se non fosse che:

*"Le **università sono state colte impreparate** perché non erano specificate le modalità della riforma – commenta Federico Lavagno del SIGM – anche perché in un primo momento sembrava che il ministro successivo avrebbe smontato il provvedimento. Alla fine è entrato in vigore e tutte le facoltà d'Italia hanno dovuto provare ad adeguarsi, senza indicazioni precise. La prima è stata l'Università di Torino, dove ora si può fare il tirocinio mentre si frequenta l'ultimo anno. Per cui chi si laurea in tempo, cioè attorno alla fine di giugno, può sostenere l'esame di Stato già a luglio. Al momento il test è rimasto ancora uguale, ma a partire dal 2021 non si sa quello che accadrà".*

Uno dei problemi di questo decreto infatti è che **prevede una prova più difficile e selettiva**. *"Si stima che circa il 30% degli iscritti non riuscirà a superare il nuovo test – avverte il dottor Minerva di ALS –. Quando ho provato a chiedere come mai avessero attuato questo cambiamento, non ho ricevuto alcuna risposta, né dalle università, né dalla politica".* Insomma, un ulteriore ostacolo al percorso di un medico: invece che allargarsi, l'imbuto formativo diventa più stretto.

Il decreto Calabria e i percorsi alternativi

Per risolvere il grave problema della sanità calabrese, tra cui anche la carenza dei medici ospedalieri e di famiglia, a giugno 2019 il ministro della Salute Giulia Grillo ha firmato [il famoso decreto Calabria](#) che **sblocca le assunzioni** di nuovo personale, ma introduce anche un'altra misura palliativa. Dal 2019 fino al 2021 qualunque medico già abilitato che abbia esercitato una delle professioni di cui ti parlavo prima per almeno 24 mesi nell'arco di 10 anni potrà accedere a **un percorso di formazione alternativo** in Medicina Generale.

"All'inizio si parlava di 2mila posti in più all'anno, quando poi è arrivato il primo decreto attuativo ne erano indicati solo 600", commenta il dottor Minerva.

COPIA
LINK

Ma il problema in realtà è un altro. *"Molti miei colleghi si sono trovati davanti o alla pari persone che non avevano mai superato il test per entrare in specialità, ma anche per scelta loro – commenta il dottor Scognamiglio, riferendosi non tanto ai neoabilitati quanto ai camici grigi più anziani di cui ti parlavo prima -. Avevano semplicemente fatto due anni di precariato e si ritrovavano nella stessa situazione di chi aveva superato un test ed era entrato per merito. Capisco la necessità di risolvere un'emergenza, che esiste, ma questa soluzione **va a peggiorare l'intero sistema**".*

La legge di bilancio con qualche borsa in più

La legge di bilancio 2020 ha, se non altro, imbroccato la direzione giusta: **più borse di studio** per aumentare i contratti di specializzazione e permettere l'uscita di un numero maggiori di medici, specializzati e formati. Sono 1.200, all'appello ne mancano ancora 800 per andare in pari. Allo stesso modo è stato **incrementato il fondo sanitario nazionale** che riceverà 2 miliardi quest'anno e 1,5 miliardi il prossimo. Non si sa quanta parte di questi soldi verrà destinata all'istituzione di nuove borse di studio per la Medicina Generale.

Servono più borse di studio e maggiori tutele per chi si sta formando come medico specializzato

*"Con le 600 borse previste dal decreto Calabria, i posti sono diventati in tutto 2mila, ma dovrebbero rimanere così fino al 2028 se davvero si vuole risolvere il problema. E **non tramite una sanatoria come questa**, che è incauta e irrispettosa verso chi ha superato il normale concorso – avverte il dottor Silvestro Scotti di FIMMG -. Lo Stato continua a evitare di investire direttamente, ma prima o poi lo dovrà fare. Fino allo scorso anno il fondo che veniva usato per la Medicina Generale aveva un valore identico rispetto a quello previsto nel 1994. **Per 25 anni nessuno aveva aumentato i finanziamenti**, senza ragionare sul fatto che a un certo punto sarebbero iniziati i pensionamenti. Non solo, ma fino a poco tempo fa alla Lombardia, nella quale vivono 10 milioni di abitanti, veniva assegnato lo stesso numero di borse di Campania e Puglia, che hanno la metà della popolazione. La domanda non è se queste manovre siano corrette o meno, ma perché abbiano preso provvedimenti solo adesso".*

Cosa bisognerebbe fare

COPIA
LINK

La prima, primissima cosa da fare è **ascoltare le associazioni**. Medici e specializzandi vivono questo problema ogni giorno: chi meglio di loro può avere idee utili su come risolverlo?

Noi ci abbiamo provato e questa è una prima lista di possibilità:

- Istituire **una laurea abilitante**, ma senza rendere l'esame di Stato più selettivo e aumentando gli appelli previsti ogni anno (al momento sono solo due).
- Elaborare un calcolo strutturato e condiviso tra le Regioni e il ministero della Salute per **impostare la programmazione** sulla base di dati e stime concreti.
- **Incrementare il numero di contratti di specializzazione**: servono medici specializzati, che sappiano lavorare bene.
- **Migliorare la qualità della formazione**: non si può ricorrere ai giovani medici per riempire i vuoti del Sistema sanitario nazionale, anche perché lo sfruttamento non dà modo a una persona di aggiornarsi e imparare come dovrebbe. *"Il 55% dei chirurghi ritiene di non essere preparato, perché ha passato anni a compilare cartelle invece che poter operare"*, aggiunge il dottor Minerva, facendo riferimento al sondaggio sul sito del Miur.
- **Recuperare le "borse perse"**: ogni volta che uno specializzando rinuncia al proprio contratto, magari perché ha deciso di ritentare il test l'anno successivo, i fondi destinati a lui si perdono. Potrebbero invece essere riutilizzati per finanziare un'altra borsa di studio. *"Dopo aver confrontato diverse graduatorie, abbiamo calcolato che ogni anno viene perso il 10% delle borse. Infatti all'ultimo concorso sono riusciti a ottenere 900 posti in più solo grazie a questa forma di recupero"*, spiega il dottor Messina.
- **Assumere specializzandi** che stanno frequentando l'ultimo anno nelle rispettive Scuole di specialità, ma **con contratti da dipendenti**. Lo sfruttamento non giova a nessuno: immagina quanto possa assisterti bene un medico stanco e sottopagato.
- **Migliorare la qualità della vita lavorativa**. Per evitare che i medici si licenzino prima del previsto, scappino all'estero o lascino il pubblico per il privato bisogna assicurargli condizioni di lavoro adeguate e una giusta remunerazione, che tenga conto di quasi 11 anni trascorsi senza un vero stipendio e dei rischi ai quali la professione li espone.
- **Valorizzare le quote stipendiali lasciate in azienda da chi va in pensione**. *"Invece che disperse in mille modi, queste quote possono essere utilizzate per aumentare l'organico. Lo stipendio dei dipendenti è fessissimo. La carriera*

COPIA
LINK

intervento diretto da parte dell'erario pubblico. A volte le soluzioni esistono già, serve solo la giusta politica".



Se la Medicina Generale diventa un ripiego

Il tuo medico di famiglia è il primo dal quale ti rechi quando hai un problema di salute, eppure sembra sia la professione meno blasonata e meno attraente per i giovani laureati. E così **poche persone intraprendono questo percorso di formazione** e la carenza si fa sempre più pressante.

"È meno attrattiva dal punto di vista economico e concettuale – fa notare il dottor Scotti di FIMMG. – Molti Paesi europei la considerano una specialità a tutti gli effetti, mentre in Italia non compare nemmeno questa denominazione. Ma lo studente di Medicina viene educato dal sistema universitario al fatto che dopo la laurea potrà accedere a una Scuola di specializzazione e questo lo porta a considerare quella di Medico Generale come una qualifica di minor valore. Per questo motivo abbiamo chiesto che venisse cambiato il nome in 'Formazione specifica specialistica in Medicina Generale', in modo da ridurre un primo gap rispetto alle altre. Inoltre, dovrebbe essere incrementata la borsa prevista dal contratto".

COPIA
LINK

Dati alla mano, **il tasso di abbandono tocca il 15-20%** ogni anno. Sono medici che hanno superato il concorso e accettato il contratto per uscire dalla condizione di precariato, ma che l'anno successivo ritentano comunque l'accesso a una specializzazione ospedaliera. *"Non c'è un provvedimento che determina il riutilizzo di queste borse perse per ampliare il fondo di quelle previste per l'anno successivo, anche se abbiamo ottenuto l'istituzione di una graduatoria a scorrimento che può proseguire per 9 mesi dopo il concorso. In questo modo per ogni medico che rinuncia, un altro ne subentra, ma il problema non si è comunque risolto"*, conclude il dottor Palermo.

Fare il medico, nonostante tutto

"Rifarei tutto da capo, nonostante tutto". Luca Scognamiglio conclude così l'intervista, quasi a sorpresa. Precariato, stipendi bassi, turni massacranti e l'aumento del rischio di denunce non fermano i giovani medici. O comunque, non tutti. Stando ai risultati di [un sondaggio tra gli specializzandi in Chirurgia](#) dell'Università di Tor Vergata, a Roma, **solo il 10% è sicuro di rimanere in Italia**. L'eccessiva burocrazia, la remunerazione inadeguata e il costante rischio di venire denunciati e dover affrontare procedure penali non sono elementi attraenti per nessuno e anche tu probabilmente cercheresti lavoro in un Paese europeo, dove pensi di poter ricevere una migliore considerazione.

Solo il 10% dei medici che si sta specializzando è sicuro di rimanere in Italia

*"La passione per la mia professione rimane, quindi probabilmente rifarei il percorso dall'inizio, ma mi chiederei se sia non sia il caso di dirigermi all'estero – conferma Federico Lavagno del SIGM -. Viste le condizioni che si trovano nel mio Paese è una prospettiva allettante. Quello che è certo è che tutti i miei colleghi si domandano se ripeterebbero la stessa scelta e probabilmente la risposta è sì, **ma è un sì che lascia l'amaro in bocca**"*.

I medici specializzati sono pochi perché non viene permesso loro di intraprendere il percorso formativo. E quei pochi che ci riescono hanno voglia di fuggire all'estero o nel privato. **Il sistema che abbiamo costruito**, a colpi di decreti d'emergenza, slogan elettorali da mantenere, tagli alla Sanità e l'idea che un medico svolga un lavoro