

54°

CONGRESSO
NAZIONALE
SUMAI

PNRR MISSIONE

SPECIALISTA
DOVE 6?

ROMA
17-20 OTTOBRE 2022

HOTEL VILLA PAMPILI
VIA DELLA NOCETTA, 105

RELAZIONE
DEL SEGRETARIO
NAZIONALE
ANTONIO MAGI



Sumai
ASSOPROF

Sindacato Unico Medicina
Ambulatoriale Italiana
e Professionalità dell'Area Sanitaria

INDICE

	3	INTRODUZIONE
1	6	LE SFIDE
2	7	LA PUBBLICAZIONE
	8	Medici specialisti e da specializzare
	11	Medici Specialisti
	16	Borse specialistiche e specialisti in proiezione al 2030
	20	Medici specialisti Italiani all'estero
	21	Medici specialisti stranieri in Italia
	23	Il fabbisogno di specialisti
3	28	CONCLUSIONI
4	30	SOLUZIONI



INTRODUZIONE

CARE COLLEGHE E CARI COLLEGGHI

Autorità presenti e ospiti, benvenuti ai lavori del 54° Congresso Nazionale del SUMAI-Assoprof e grazie di essere qui, anche quest'anno.

Prima di iniziare, permettetemi di ringraziare in particolare la Segreteria del SUMAI di questa splendida Regione, il Lazio, che ci ospita e che ci ha consentito di organizzare nuovamente, a distanza di un anno, la nostra consueta assise a Roma, in questa meravigliosa città.

Questa volta è nostra intenzione focalizzare i lavori congressuali su un argomento di grande attualità: la dichiarata carenza di medici specialisti.

“PNRR Missione 6 **Specialista dove sei?**” è il titolo che abbiamo voluto dare a questo Congresso Nazionale.

L'assenza di reali e concrete politiche per il personale e le scarsissime risorse economiche messe a disposizione come potranno coniugare il DM 77 con l'evidente carenza di personale medico specialistico, disponibile a lavorare nel SSN e necessario ad attuare la Missione 6 del PNRR? Carenza che, in assenza di correttivi, purtroppo si accentuerà nei prossimi anni anche per colpa della “gobba pensionistica” Inutile dire che quanto sta accadendo, lo avevamo già ampiamente previsto e più volte inutilmente denunciato sia nei nostri precedenti congressi che nelle pubblicazioni del nostro Centro Studi non limitandoci solo a segnalare il problema ma anche proponendo possibili soluzioni rimaste, purtroppo, sinora in gran parte inascoltate.

Infatti oggi ci troviamo davanti ad una crescente e profonda carenza di medici specialisti disponibili a lavorare nel nostro SSN, parliamo ovviamente di quel SSN gestito direttamente dal pubblico (poliambulatori e ospedali).

Nel corso di questo 54° Congresso Nazionale cercheremo di approfondire il tema con i dati a nostra disposizione per poi confrontarci con i rappresentanti della politica, sia nazionali che regionali, con illustri esponenti e tecnici sia del mondo sanitario del mondo sindacale.

La presunzione, questa volta, è che partendo proprio dai dati si possa comprendere il perché del fenomeno e trovare, assieme, proposte e possibili soluzioni che siano realmente concretizzabili, superando le attuali e passate convinzioni demagogiche che ci hanno portato fin qui.

In questi ultimi due mesi abbiamo assistito ad una “vivace” campagna elettorale ed abbiamo letto i programmi presentati dai partiti. Ebbene, lo possiamo dire, il tema sanità è stato pressoché assente nei discorsi dei leader e dei candidati dei partiti in lizza. Qualche volta solo appena accennato.

Com'è possibile che dopo una terribile pandemia, dalla quale non ci siamo ancora liberati e che in Italia ha visto oltre 177.000 morti (tra cui circa 500 tra medici, infermieri e professionisti sanitari che hanno affrontato una comune battaglia con-

tro il Covid senza tirarsi indietro), non si parla più di Sanità?

Come è possibile che la Salute sia sparita dall'agenda politica tra i principali temi che dovrà affrontare il nuovo Governo e che la pandemia ci ha mostrato in tutta la sua drammaticità?

Un territorio desertificato, privato di fatto delle sue figure principali: medici specialisti ambulatoriali, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta.

Un territorio che nel corso degli anni, a causa di scellerate scelte politiche, non è più riuscito a soddisfare efficacemente i bisogni della gente costringendo i pazienti ad andare sempre più spesso in ospedale (anch'esso in difficoltà per gli accessi impropri nei PS e l'eccessiva richiesta), per poter risolvere i propri bisogni di salute.

La ridotta offerta specialistica sul territorio, con meno ore nei poliambulatori, ha generato liste d'attesa interminabili.

Forse il silenzio della politica durante quest'ultima campagna elettorale è dovuto alla mancanza di proposte e di soluzioni da presentare agli elettori?

Parliamo di un modello sanitario pubblico che ha vissuto numerosi cambiamenti nel corso degli ultimi 40 anni partendo da quel principio di **universalità, uguaglianza ed equità** istituito con la 833 del 1978 passando poi, con la 502 del 1992, ad una **aziendalizzazione** che ha visto ospedali e USL diventare Aziende Sanitarie ed ASL e **con un orientamento al "mercato"** con l'avvento di camere a pagamento e di un'apertura del SSN anche a soggetti privati singoli e consortili. Infine abbiamo assistito **ad una distribuzione di responsabilità alle regioni** e una nuova concezione di assistenza pubblica in cui la spesa sociale e sanitaria deve essere proporzionata alla effettiva realizzazione delle entrate e **non può più rapportarsi unicamente alla entità dei bisogni**.

A queste riforme, nel corso di questi 40 anni, ne sono seguite altre due. La prima, il Decreto Legislativo n. 229/1999 (anche noto come riforma Ter). Una riforma che ha confermato e rafforzato l'evoluzione in senso aziendale e regionalista della sanità pubblica e **istituito i fondi integrativi sanitari per le prestazioni che superano i livelli di assistenza garantiti dal SSN**.

La seconda è la riforma del Titolo V, Legge Costituzionale n. 3/2001 per la quale la tutela della salute è diventata materia di **legislazione concorrente Stato e Regioni**: lo Stato determina i livelli essenziali di assistenza (LEA) e le Regioni hanno competenza esclusiva nella regolamentazione e organizzazione dei servizi sanitari nel finanziamento delle Aziende Sanitarie.

Il risultato di questi cambiamenti lo abbiamo sotto i nostri occhi: una sanità **differenziata, diseguale e poco equa** dove diventa sempre più difficile compiere le scelte in grado di soddisfare i bisogni di Salute delle persone.

Altro fattore critico: il costante sotto-finanziamento del SSN. Negli ultimi anni si è preferito spostare risorse economiche dalla Salute ad altri campi per stabilizzare i bilanci dello Stato.

Certo il nostro sistema sanitario ha retto, ma a che prezzo? Scarsi investimenti, retribuzioni tra le più basse in Europa, difficili condizioni di lavoro denunce e atti di violenza contro gli operatori sanitari.

Tutto ciò ha inciso sulla percezione della qualità delle cure e così a questo sforzo non ha corrisposto **un equivalente** livello di soddisfazione tra i cittadini che lamentano infatti liste d'attesa infinite, strutture spesso fatiscenti, attrezzature obsolete e personale insufficiente. Le soluzioni per il cittadino? Sostanzialmente due: chi può si è rivolge alla sanità privata, gli altri vanno ai pronto soccorso.

In più, i cittadini sempre meno pazienti, condizionati da un'informazione a volte superficiale e da avvocati senza scrupoli, hanno intentano cause contro i medici per malasanità nella speranza di ottenere dei rimborsi.

Non possiamo dimenticare quanto i medici e i professionisti sanitari vivano con preoccupazione queste vicende. Dopo aver passato momenti drammatici a combattere il virus, ora sono accusati di aver creato una dittatura sanitaria, chiamati nazisti e minacciati perché impegnati nella campagna vaccinale e nella prevenzione alla diffusione del virus.

Lo Stato e le Regioni non hanno difeso i professionisti della salute. Non li hanno tutelati con norme specifiche, li hanno lasciati soli esprimendogli al massimo attestati di stima e cordoglio.

Oggi la situazione è esplosiva e in assenza di interventi concreti il Sistema sanitario rischia di non riuscire a mantenere livelli adeguati di assistenza.

L'Italia, infatti, in relazione al PIL, spende meno della maggior parte dei Paesi europei ma l'invecchiamento della popolazione e le cronicità che già oggi assorbono l'80% della spesa sanitaria minacciano di superare la soglia di sostenibilità.

LE SFIDE

Il finanziamento del Sistema, il personale sanitario (medici e infermieri) insufficiente, la poca attrattività del SSN, l'invecchiamento demografico, la prevenzione primaria e il ritorno ad una più omogenea capacità di accesso ed erogazione delle cure sono tra le sfide decisive che si pongono già da oggi sulla strada di un Sistema sanitario che, oltre 40 anni fa, introdusse in Italia cure universali e illimitate e per tutti.

La pandemia però ci ha dimostrato che non possiamo fare a meno di un solido Servizio Sanitario Nazionale e quindi dobbiamo ripartire da questo.

Ormai le elezioni si sono svolte e il governo di centro-destra avrà la grande responsabilità, e aggiungo l'obbligo, di dare agli Italiani una risposta a questa domanda:

Dobbiamo mettere la parola fine ad un Servizio Sanitario Nazionale che finora ci hanno invidiato tutti e che rischiamo di rimpiangere, oppure vogliamo mantenerlo e potenziarlo, lavorando insieme per raggiungere l'obiettivo di garantire a tutti i cittadini "la salute" come prevede l'articolo 32 della nostra Costituzione?

Se la risposta come mi auguro è positiva, e non posso pensare diversamente, allora chiediamo con forza al nuovo Governo di stilare assieme a noi medici un programma di rilancio della sanità pubblica per i prossimi 5 anni.

Ci aspettiamo, da chi avrà la responsabilità di governo, un vero cambio di passo nel concetto di reciprocità: disponibilità, rispetto, competenza, ascolto e soprattutto fatti concreti.

La campagna elettorale ormai è finita, dalle promesse bisognerà passare ai fatti. Basta annunci. Governo, Regioni e Medici, dovranno affrontare i problemi che si presenteranno attraverso il confronto ascoltando chi lavora sul campo per poi trovare soluzioni condivise.

Governo, Regioni e tutti gli organi tecnico-scientifici istituzionali ma anche delle Organizzazioni Sindacali dei medici e delle professioni sanitarie dovranno dimostrare la stessa sensibilità.

Mi permetto di parlare a nome di tutti i sanitari. Noi siamo pronti e disponibili ad un percorso comune.

Ognuno faccia il proprio lavoro, lo dico alla politica e ai suoi tecnici ma lo dico anche alla professione: i sindacati facciano i sindacati e le società scientifiche fanno le società scientifiche.

Andare in ordine sparso, difendendo il piccolo interesse di alcuni senza una visione comune non ci porterà da nessuna parte, ci vuole un unico obiettivo condiviso e sostenuto come se fosse una unica voce.



Bisogna cambiare la stagione di chi ci ha sentito ma non ascoltato, di chi ha parlato senza dire e soprattutto di chi ha annunciato e poi non ha fatto

LA PUBBLICAZIONE

MEDICI SPECIALISTI. SITUAZIONE AL 2021 - PROIEZIONE AL 2030



Nel corso di questo 54° Congresso, presenteremo una pubblicazione dal titolo “Medici Specialisti. Situazione al 2021 e proiezione al 2030” che vi è stata già consegnata.

Una pubblicazione che si pregia di avere la Presentazione della Prof.ssa Antonella Polimeni, Magnifica Retttrice della più grande Università d’Europa “La Sapienza” di Roma e la prefazione del Dottor Filippo Palumbo, già Direttore Generale Capo Dipartimento Qualità trasformatosi poi in Dipartimento della Programmazione sanitaria presso il Ministero della Salute.

Un ringraziamento ad entrambi per avermi concesso questo onore, è per me un privilegio.

Ringrazio anche il Centro Studi del SUMAI Assoprof per avermi supportato nella ricerca e nell’elaborazione di dati.

La pubblicazione tratta l’argomento centrale del nostro Congresso la carenza di medici, soprattutto specialisti.

Pubblicazione supportata da grafici e tabelle che mostrano, una volta per tutte, quanti siano attualmente in Italia i medici chirurghi e gli odontoiatri, quanti di questi siano specialisti e quanti no, quanti di genere maschile e quanti di genere femminile, come sono distribuiti per fasce d’età, come sono dislocati nel territorio per ripartizioni, regioni e comuni. Quanti lavorano nel SSN, quanti no, quanti sono pensionati, quale sia il loro rapporto numerico con gli abitanti provando quindi a scattare una fotografia dell’esistente al 2021 e provando, dai dati a disposizione, a fare una previsione di quanto potrà accadere sino al 2030.

Una proiezione fatta valutando quanti giovani si sono iscritti alla facoltà di medicina e chirurgia e quanti alla facoltà di odontoiatria. Quanti di questi hanno completato il percorso di studi arrivando a laurearsi, quante le borse specialistiche messe a disposizione e quanti infine i medici che si sono specializzati.

Abbiamo cercato di capire anche quanti giovani medici potrebbero decidere di restare in Italia e quanti invece potrebbero andare a lavorare all’estero.

Abbiamo confrontato le retribuzioni con gli altri paesi della comunità europea ed extra-europea e provato a calcolare il fabbisogno medico in genere ma soprattutto quello di tipo specialistico sia territoriale che ospedaliero.

Per raggiungere l’obiettivo abbiamo utilizzato dati certificati e stabilizzati provenienti da Istat, Fnomceo, Enpam, Aran, Sisac, Ministero della Salute, Ministero dell’Università e della Ricerca, Corte dei Conti.

Per confrontare i dati italiani con quelli degli altri paesi esteri abbiamo utilizzato i dati dell’Oms, della Comunità Europea Eurostat e dell’Oecd (*Organisation for Economic Co-Operation and Development*).

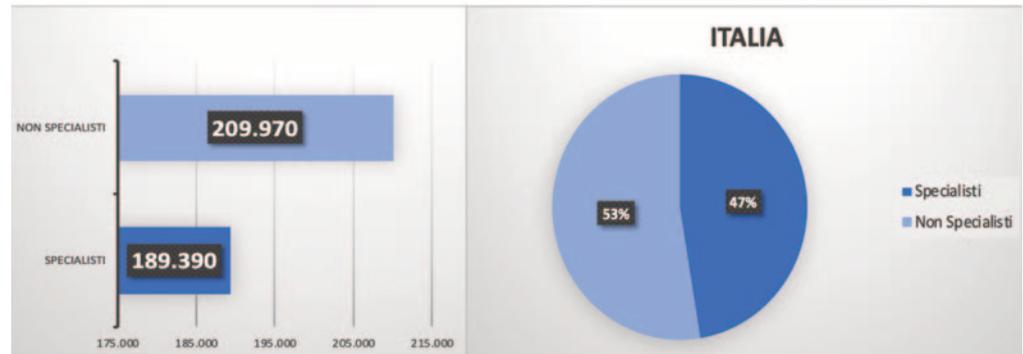
L’elaborazione ci ha permesso di vedere quanto sta accadendo alla professione medica e cosa potrebbe accadere in futuro al nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Il lavoro ha messo in evidenza come la carenza di personale medico specialistico, attualmente in servizio e senza i necessari correttivi in futuro (considerando che siamo nel pieno di un'importante "gobba pensionistica" associata ad un calo di vocazioni dei medici, specialisti e non che non vogliono più lavorare nel SSN), potrebbe impedire il raggiungimento degli obiettivi prefissati nella Missione 6 del PNRR e di quanto previsto nel DM 77.

Medici specialisti e da specializzare

In Italia abbiamo 399.360 medici iscritti agli albi professionali, di questi 189.390 hanno un titolo di specializzazione, i rimanenti 209.970 ne sono privi. Percentualmente quindi in Italia abbiamo il 47% di medici specializzati e il 53% di medici senza il titolo di specializzazione.

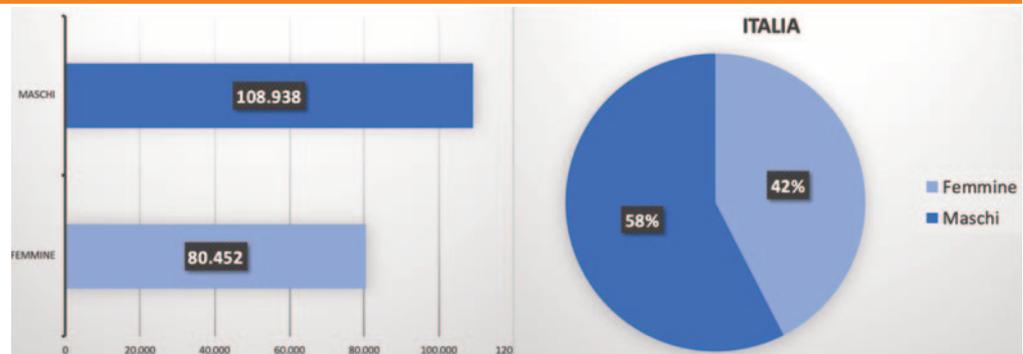
GRAFICO 1 MEDICI SPECIALISTI E MEDICI NON SPECIALISTI



Fonte: Centro Studi SUMAI Assoprof: elaborazione dati FNOMCeO ed ENPAM

Dei 189.390 medici specialisti iscritti agli albi professionali, 108.938 medici sono di genere maschile e 80.452 sono di genere femminile. Percentualmente in Italia i medici specialisti per il 58% sono di genere maschile e per il 42% sono di genere femminile. Vi è quindi tra i medici specialisti, una netta prevalenza dei maschi.

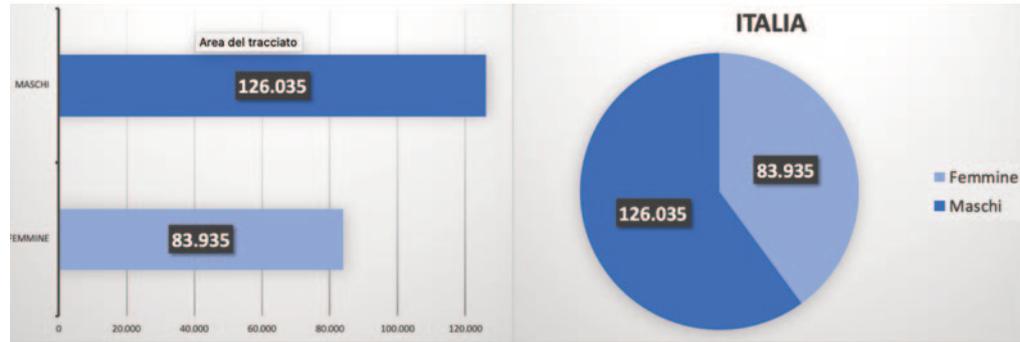
GRAFICO 2 DISTRIBUZIONE UOMINI-DONNE CON TITOLO DI SPECIALIZZAZIONE



Fonte: Centro Studi SUMAI Assoprof: elaborazione dati FNOMCeO ed ENPAM

Dei 209.970 medici rimanenti e iscritti agli albi professionali privi del titolo di specializzazione, 126.035 sono di genere maschile e 83.935 sono di genere femminile. Percentualmente in Italia tra i medici privi del titolo di specializzazione, il 60% sono di genere maschile e il 40% sono di genere femminile. Anche tra i medici privi del titolo di specializzazione, in numeri assoluti, vi è quindi una netta prevalenza del genere maschile.

GRAFICO 3 DISTRIBUZIONE UOMINI-DONNE SENZA TITOLO DI SPECIALIZZAZIONE



Fonte: Centro Studi SUMAI Assoprof: elaborazione dati FNOMCeO ed ENPAM

Il rapporto di genere tra medici con titolo di specializzazione e medici senza titolo di specializzazione appare pertanto ugualmente distribuito ma con una prevalenza, in valori assoluti, del genere maschile in entrambe le condizioni, sia che abbiano il titolo di specializzazione sia che non abbiano il titolo di specializzazione.

Riassumendo, il numero totale dei medici specialisti risulta inferiore rispetto a quello dei non specialisti ma entrambi con prevalenza del genere maschile ma solo se valutati in valori assoluti.

Questo dato infatti cambia se lo andiamo ad analizzare per genere e per fasce d'età e lo possiamo dividere in due grandi categorie. Quelli nella fascia d'età da 20 a 49 anni dove tra gli specialisti, il numero maggiore di medici è di genere femminile e quello da 50 anni in su dove il numero maggiore di specialisti è di genere maschile, addirittura più del doppio nella fascia oltre i 60 anni.

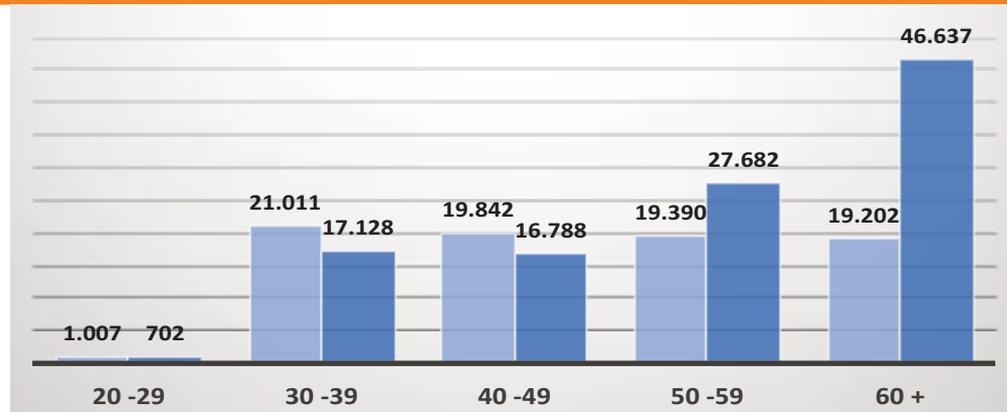
Nella fascia d'età che va da 20 a 49 anni su 77.192 professionisti abbiamo 41.860 medici specializzati di genere femminile contro i 35.332 medici specializzati di genere maschile.

Quindi nella fascia d'età che va da 20 a 49 anni il 54,23% dei medici in possesso di un titolo di specializzazione sono donne mentre il 45,77% dei medici in possesso di un titolo di specializzazione sono uomini.

Nella fascia d'età con oltre i 50 anni, su 112.911 professionisti, abbiamo 38.592 medici specializzati di genere femminile contro i 74.319 medici specializzati di genere maschile.

QuindiQuindi nella fascia d'età over 50 il 34,18% dei medici in possesso di un titolo di specializzazione sono di genere femminile mentre il 65,82% dei medici con un titolo di specializzazione sono di genere maschile.

GRAFICO 4 MEDICI SPECIALIZZATI PER SESSO E FASCE D'ETÀ

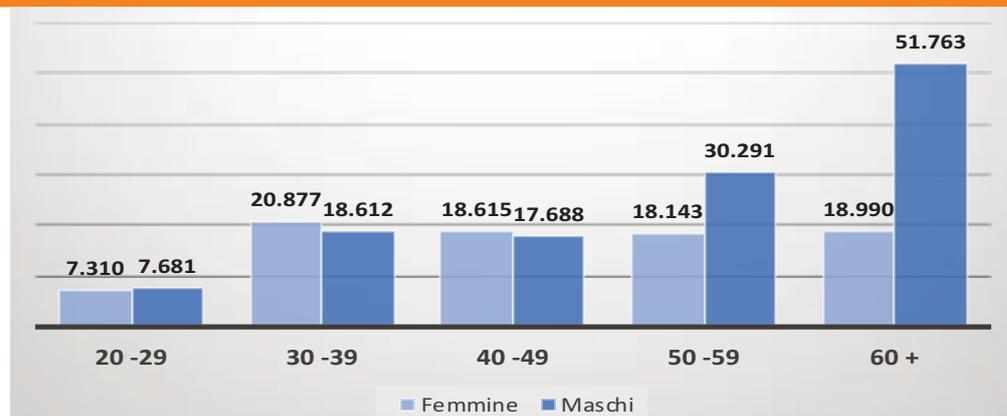


Fonte: Centro Studi SUMAI Assoprof: elaborazione dati FNOMCeO ed ENPAM

Questo dato che mostra una prevalenza di genere femminile tra i medici specialisti tra i 20 e i 49 anni è in linea con il dato generale che dimostra una femminilizzazione della categoria in queste fasce d'età e lo possiamo già concretamente considerare come una reale proiezione di quello che sarà la categoria medica nel prossimo futuro.

Analogo dato, ma con una lieve differenza, si riscontra tra i medici che non hanno il titolo di specializzazione tranne nella fascia d'età 20-29 anni dove vi è una leggera prevalenza del genere maschile dovuta probabilmente al fatto che, in questo raggruppamento, sono più le donne rispetto agli uomini, che riescono a superare per prime il concorso che permette loro di accedere alla scuola di specializzazione.

GRAFICO 5 MEDICI NON SPECIALIZZATI PER SESSO E FASCE D'ETÀ



Fonte Centro Studi SUMAI Assoprof: elaborazione dati FNOMCeO ed ENPAM

Medici Specialisti

Come abbiamo visto in Italia su 399.360 medici, 189.390 sono specialisti e 209.970 sono privi del titolo di specializzazione.

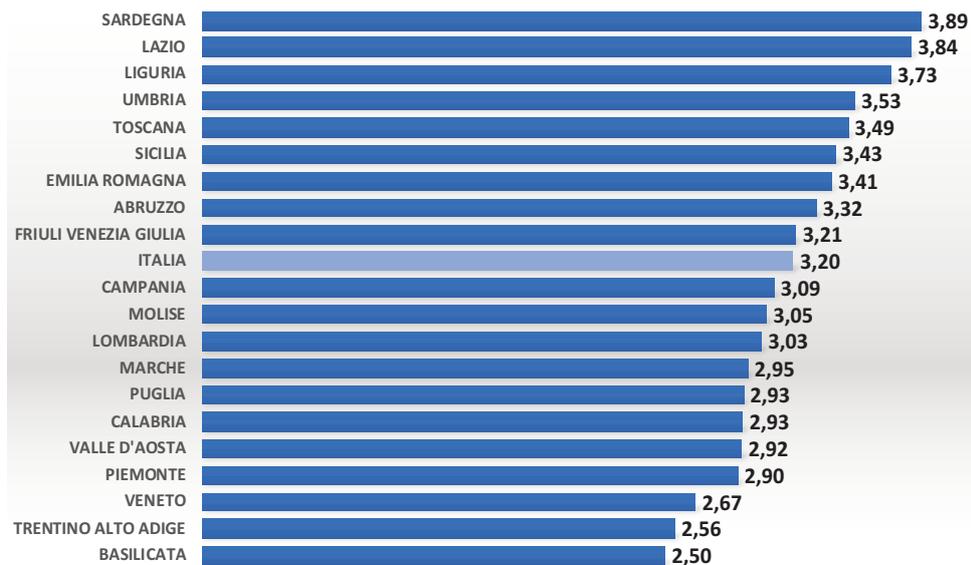
GRAFICO 7 **MEDICI SPECIALISTI PER REGIONE** valori assoluti



Fonte: Centro Studi SUMAI Assoprof: elaborazione dati FNOMCeO ed ENPAM

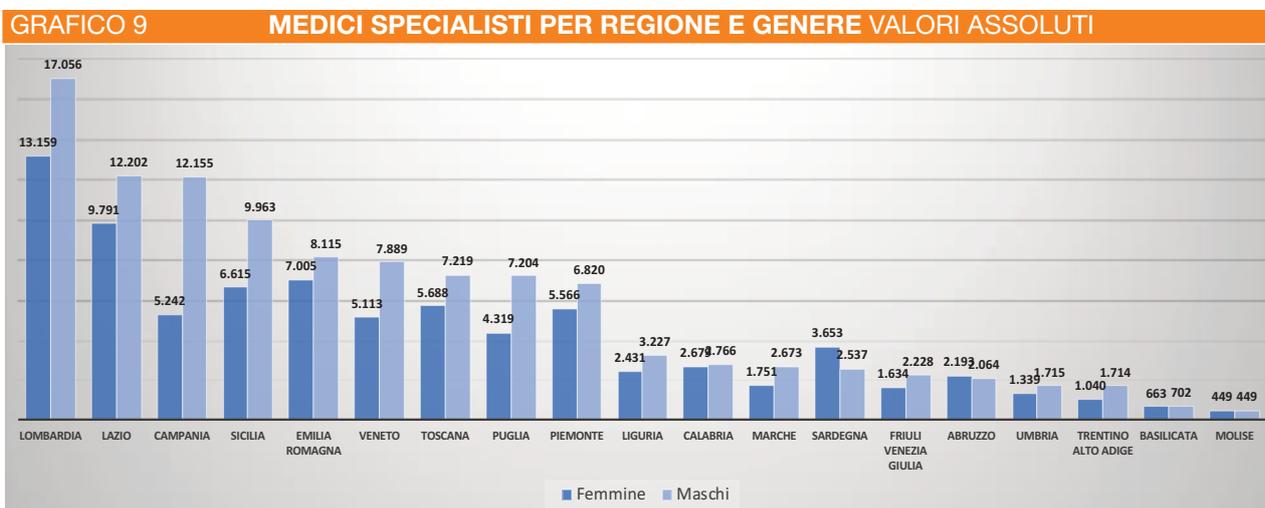
La Regione con più specialisti è la Lombardia mentre quella con più specialisti per 1.000 abitanti è la Sardegna (3,89). Il dato Nazionale è di 3,20 medici specialisti per 1.000 abitanti.

GRAFICO 8 **MEDICI SPECIALISTI PER 1000 ABITANTI, CONFRONTO TRA REGIONI**



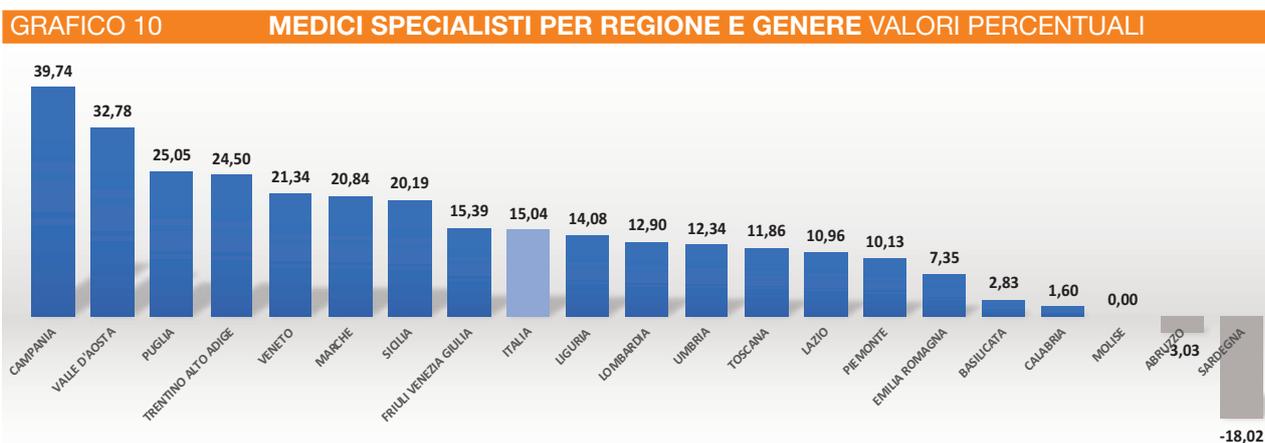
Fonte Centro Studi SUMAI Assoprof: elaborazione dati FNOMCeO ed ENPAM

Per quanto riguarda la numerosità per genere risultano più specialisti uomini rispetto alle donne. Fanno eccezione due Regioni Italiane, la Sardegna e l'Abruzzo dove le specialiste sono in numero maggiore (57,99% Sardegna) (51,40% Abruzzo) rispetto agli specialisti e il Molise dove c'è assoluta parità di genere.



Fonte: Centro Studi SUMAI Assoprof: elaborazione dati FNOMCeO ed ENPAM

La Campania è la Regione con il differenziale più ampio a favore degli specialisti di genere maschile con il 39,74% di specialisti in più sul genere femminile.



Fonte: Centro Studi SUMAI Assoprof: elaborazione dati FNOMCeO ed ENPAM

Il Molise ha un differenziale dello 0% con identico numero tra uomini e donne. L'Abruzzo e la Sardegna, con un numero maggiore di donne, hanno un differenziale rispettivamente di -3,03% e di -18,02%. Il dato Nazionale è del 15,04% a favore del genere maschile.

Vista la ormai dichiarata carenza di Specialisti sul territorio nazionale andiamo a considerare quanti tra questi sono professionalmente attivi, quanti in pensione, ma soprattutto quanti sono quelli che lavorano nel SSN, quanti nel privato o sono andati a lavorare all'estero.

GRAFICO 11 **MEDICI SPECIALISTI ANNO 2021**



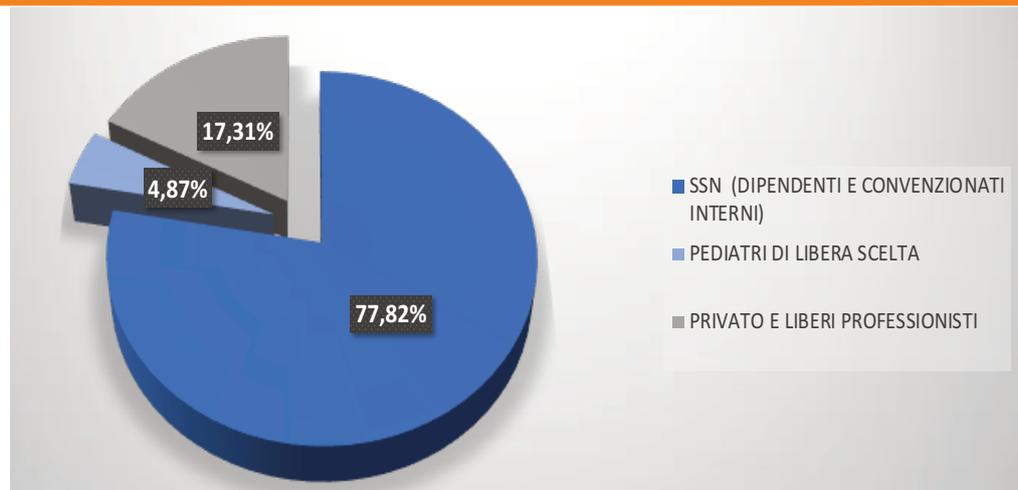
Fonte: Centro Studi SUMAI Assoprof: elaborazione dati FNOMCeO ed ENPAM

Tra i 189.390 specialisti si possono considerare professionalmente attivi 151.512 medici; i rimanenti 37.878 specialisti sono attualmente in pensione e comunque non possono essere considerati pienamente in attività.

Di questi 117.909, cioè il 77,82% degli specialisti professionalmente attivi, svolgono la loro attività nel SSN sia come ospedalieri che come specialisti ambulatoriali convenzionati interni all'interno di strutture pubbliche e 7.373 operano invece la professione come pediatri di libera scelta, pari cioè all' 4,87%.

In 26.230 cioè il 17,31% lavorano nel privato o esclusivamente come liberi professionisti.

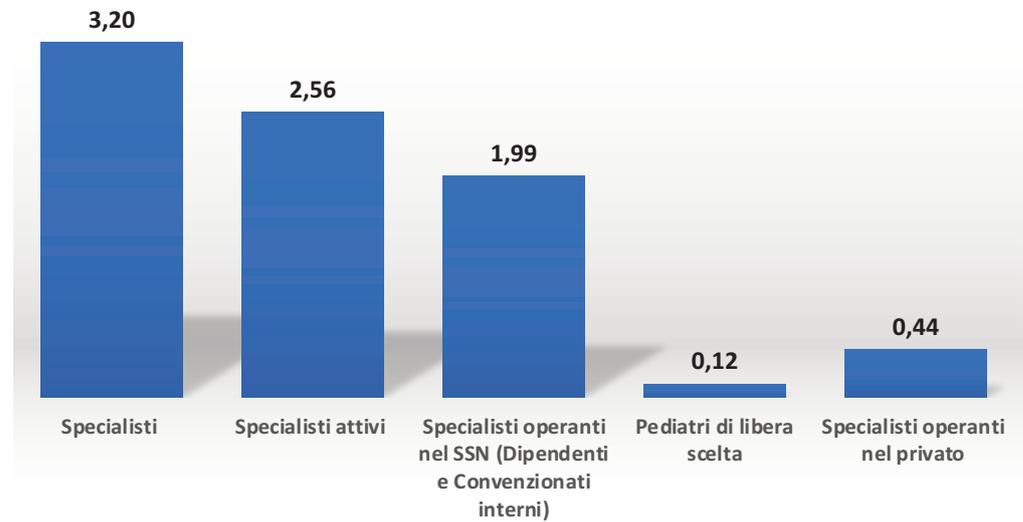
GRAFICO 12 **MEDICI SPECIALISTI PROFESSIONALMENTE ATTIVI VALORI PERCENTUALI**



Fonte Centro Studi SUMAI Assoprof: elaborazione dati FNOMCeO ed ENPAM

A livello nazionale il rapporto tra medici specialisti e abitanti è di 3,20 specialisti per 1.000 abitanti.

GRAFICO 13 **MEDICI SPECIALISTI PER 1000 ABITANTI**



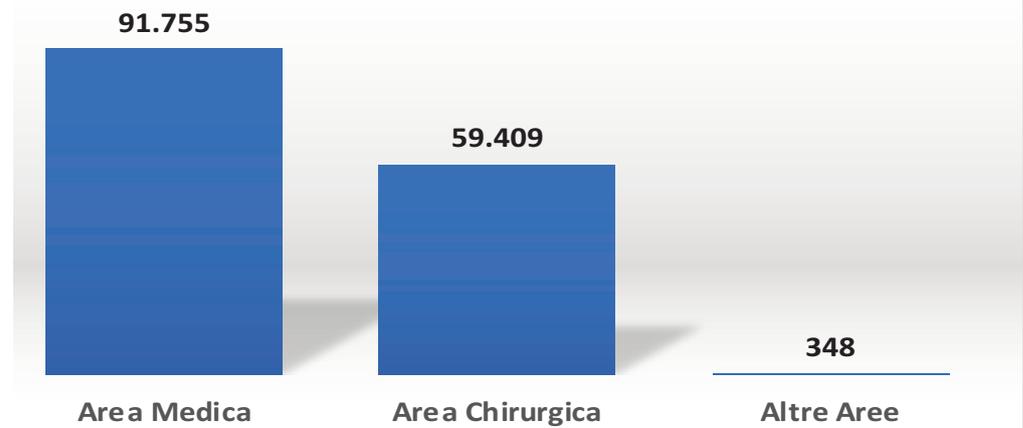
Fonte Centro Studi SUMAI Assoprof: elaborazione dati FNOMCeO ed ENPAM

Se andiamo a considerare solo gli specialisti professionalmente attivi questo dato però scende passando da 3,20 medici per 1.000 abitanti a 2,56 medici specialisti per 1.000 abitanti; e si riduce a 1,99 considerando solo gli specialisti operanti nel SSN (ospedalieri e specialisti ambulatoriali convenzionati interni).

Il rapporto pediatri di libera scelta per abitanti è di 0,12 pediatri per 1.000 abitanti. Il rapporto specialisti che esercitano la professione nel privato ed abitanti è di 0,44 specialisti per 1.000 abitanti.

Consideriamo adesso i 151.512 medici specialisti professionalmente attivi divisi per Area Medica, Area Chirurgica o Altre Aree.

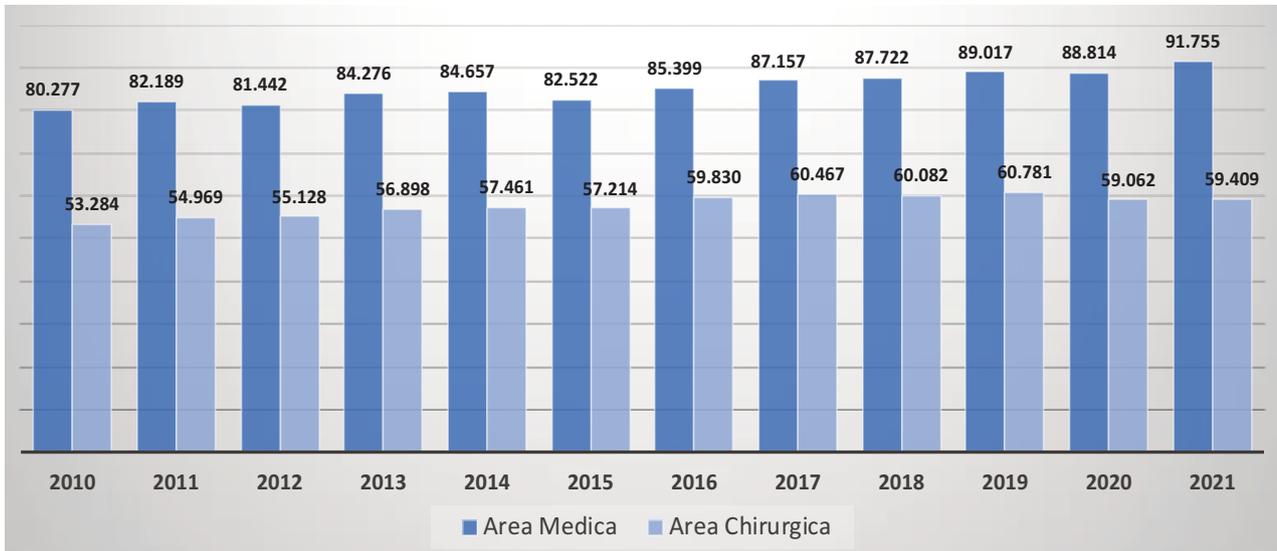
GRAFICO 14 **MEDICI SPECIALISTI ATTIVI PER AREA ANNO 2021**



Fonte: Centro Studi SUMAI Assoprof: elaborazione dati FNOMCeO ed ENPAM

Salta subito all'occhio che 91.755 specialisti (60,55%) sono in Area Medica, 59.409 specialisti (39,22%) in Area Chirurgica e solo 348 specialisti (0,23%) in Altre Aree. È interessante notare anche l'evoluzione nel corso degli anni, dal 2010 al 2021, del numero di specialisti presenti nelle diverse aree.

GRAFICO 15 MEDICI SPECIALISTI PER AREA DAL 2010 AL 2021



Fonte: Centro Studi SUMAI Assoprof: elaborazione dati FNOMCeO ed ENPAM

Riscontriamo, infatti, dal 2010 ad oggi un crescente e costante aumento degli specialisti in Area Medica.

Differente appare invece l'andamento in Area Chirurgica dove registriamo un leggero aumento nel periodo 2010-2017 seguito da una successiva e altalenante tendenza alla riduzione dal 2018 al 2021.

Il grafico dimostra come la maggioranza dei medici, sin dal 2016 cioè molto prima dell'arrivo della pandemia, avevano già preferito l'Area Medica a quella Chirurgica. Tra le motivazioni di questa scelta la consapevolezza delle colleghe e dei colleghi dell'alto rischio delle attività chirurgiche. Rischio non solo professionale, ma anche rischio di essere coinvolti in cause, spesso temerarie, da parte di fantomatiche associazioni di tutela legale dei cittadini per richieste di risarcimenti.

Questa deprecabile prassi è dovuta al fatto che l'Italia resta uno dei pochi paesi al mondo a considerare l'errore medico come reato come penale.

Ciò tra i medici è causa di ansia, danni biologici e psicologici oltre ad un uso inappropriato della medicina difensiva per non parlare dei costi (avvocati e assicurazioni) che devono sopportare i singoli professionista e il SSN.

L'attività chirurgica, essendo di fatto svolta prevalentemente in ospedale con turni massacranti e senza orari predeterminati, non viene più scelta come un tempo, specialmente dalle giovani colleghe (che oggi sappiamo essere la maggioranza). Questa scelta è poco gradita poiché condiziona il loro progetto di maternità e ne limita fortemente la possibilità di seguire e crescere personalmente i propri figli senza dover delegare questo compito ad altre persone.

Le specializzazioni in Area Medica invece permettono più facilmente una scelta d'attività di tipo ambulatoriale, con orari e giorni predefiniti, minori rischi "giudiziari" e con "premi assicurativi" sicuramente più bassi. Non a caso la specialistica ambulatoriale convenzionata interna, per tipologia d'attività, è preferita dalle donne in quanto coniuga orari predefiniti, flessibilità e tutele. In sostanza, oggi, è l'unica categoria medica che ha registrato un'inversione di genere.

Borse specialistiche e specialisti in proiezione al 2030

Proviamo a fare una proiezione, con i dati a nostra disposizione, cercando di capire quanti saranno gli specialisti nei prossimi anni iniziando a ragionare sul numero di borse specialistiche che sono state bandite dal 2009 ad oggi.

Ipotizziamo, ed è un auspicio, che per gli anni 2023, 2024, 2025 il Ministero e le Regioni mettano a disposizione lo stesso numero di borse specialistiche del 2022 ed ipotizziamo di aggiungere via via il numero dei nuovi medici che nel frattempo si sono specializzati sottraendo contemporaneamente quelli che per raggiunti limiti d'età stanno andando o sono andati in pensione.

Il grafico sotto riportato mostra l'andamento negli anni del numero di borse specialistiche bandite partendo dall'anno accademico 2009/2010 sino ad arrivare all'anno accademico 2021/2022.

GRAFICO 16

BORSE SPECIALISTICHE DALL'ANNO ACCADEMICO 2009/2010 AL 2020/2021



Fonte: Centro Studi SUMAI Assoprof: elaborazione dati FNOMCeO ed ENPAM

Dal grafico appare assai evidente come non ci sia mai stata, negli anni, una reale programmazione del numero di borse specialistiche adeguata al fabbisogno di medici specialisti.

Infatti, dall'anno accademico 2009/2010 fino all'anno accademico 2014/2015 abbiamo avuto un numero costante di 5.000 borse per ogni singolo AA ma nel 2012/2013, a causa della "spending review", la quantità si è ridotta a 4.500 borse. Chiara dimostrazione che il numero di borse non era "programmato" considerando le reali necessità ma deciso per disponibilità "di cassa" messa a disposizione per la formazione di nuovi specialisti

Sotto la spinta e il continuo stimolo delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative della medicina specialistica ospedaliera e convenzionata interna finalmente, nell'anno accademico 2015/2016, il Governo ha deciso di aumentare anche se solo di 1.745 posti il numero delle borse specialistiche che sono così passate da 5.000 a 6.745 dimostrando ancora una volta poca lungimiranza ma soprattutto scarso coraggio.

Negli anni successivi, contrariamente a quanto necessario, il numero di borse invece di aumentare è addirittura sceso. Passando dalle 6.745 dell'AA 2015/2016 alle 6.676 dell'AA 2016/2017 fino alle 6.034 nell'AA 2017/2018.

Nel 2018 accadde l'incredibile. La ministra della Salute, Giulia Grillo, chiese di conoscere il reale fenomeno delle liste d'attesa e chiese i dati alle Regioni. Queste invece di rispondere tempestivamente alla richiesta del Ministero lanciarono "l'allarme mancanza di specialisti".

Le Regioni, quindi, uscendo da un colpevole e pluriennale sonno profondo scoprono e ammisero di essere senza specialisti a causa dei tagli alla spesa sanitaria.

Le Regioni, all'epoca in pre-pandemia, ancora convinte della bontà di una politica ospedale-centrica, denunciarono solo la carenza di specialisti ospedalieri ed in particolare nelle strutture di provincia. Non parlarono del fabbisogno di specialisti ambulatoriali nelle strutture territoriali colpite anche queste, forse più degli ospedali, dal depauperamento del territorio.

Nel 2018 la situazione divenne fortemente preoccupante: carenza di borse specialistiche messe a bando e iniziale ascesa della curva pensionistica accentuata anche dalla mancanza di nuove assunzioni. Una decisione adeguata, presa allora, anche se tardiva considerando i 5 anni per specializzarsi, oggi ci avrebbe evitato la situazione nella quale ci troviamo.

Ma dopo l'allarme lanciato dalle Regioni si cercò di correre ai ripari e nell'AA 2018/2019 vennero bandite 8.000 borse specialistiche (ancora troppo poche) cercando di sbloccare i parametri di vincolo di spesa, voluti dal Governo Monti, legati a un tetto fisso pari al budget del 2004 meno l'1,4% per cercare di favorire le assunzioni ed il turnover.

Con il "malaugurato" arrivo del COVID o forse, in funzione del tema trattato, dovremmo dire "grazie" al suo arrivo, ci si accorse dell'importanza della medicina territoriale cominciando ad affrontare finalmente la questione dell'imbutto formativo (tutti medici che in mancanza di specializzazione sono fuori dal SSN) e così nell'anno accademico 2019/2020 vennero messi finalmente a disposizione ben 13.400 posti nelle scuole di specializzazione salite a 17.400 nel successivo anno accademico 2020/2021.

Si riduce così, di fatto, l'imbutto formativo ma nell'anno accademico 2021/2022 le borse nuovamente scesero arrivando a 13.041. Questo probabilmente perché nell'anno precedente alcune branche specialistiche erano rimaste scoperte non riuscendo ad assegnare ben 1.300 borse specialistiche e questo come vedremo è un ulteriore problema.

Tra le borse rifiutate e non assegnate troviamo quelle di medicina e chirurgia d'urgenza, di anestesia e rianimazione.

Le rimanenti borse non coperte interessano altre branche specialistiche, la maggioranza di queste appartenenti all'Area Chirurgica.

Oggi lavorare in Pronto Soccorso o nell'Area dell'emergenza-urgenza non è più attrattivo.

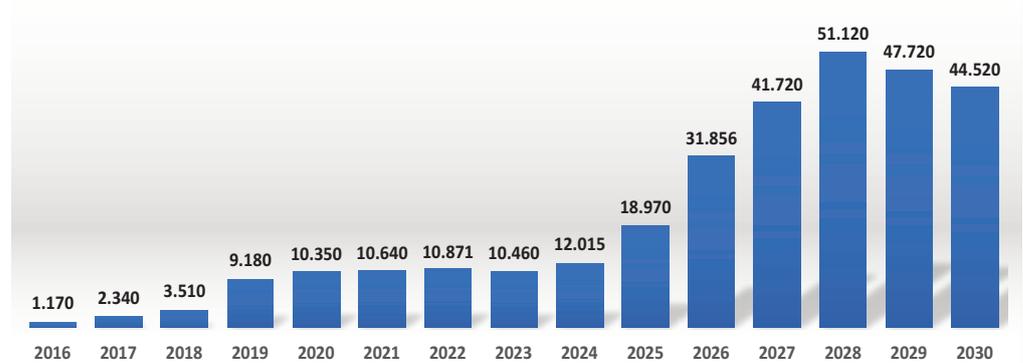
Oltre alla bassa retribuzione, rispetto allo specifico rischio professionale, contribuiscono alla mancanza di personale, i turni massacranti, le aggressioni e le denunce di risarcimento che pesano fortemente sulla "non scelta" da parte dei giovani medici di specializzarsi in queste branche specialistiche che vivono una crisi di vocazione.



Oggi lavorare in Pronto Soccorso o nell'Area dell'emergenza-urgenza non è più attrattivo

Se valutiamo l'attuale *turnover*, in numeri assoluti, la differenza tra i medici appena specializzati e quelli andati in pensione mostra che in realtà il numero di medici specialisti è progressivamente aumentato dai 1.750 del 2016 ai 10.640 del 2021.

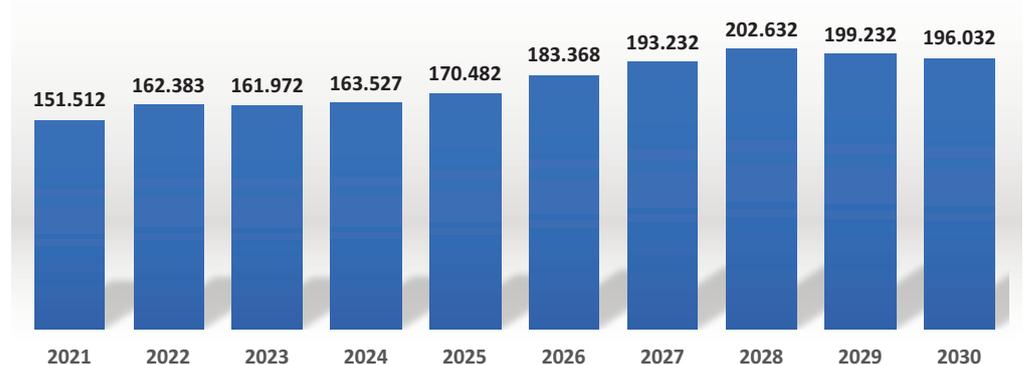
GRAFICO 17 TURNOVER MEDICI SPECIALISTI DAL 2016 AD OGGI E PROIEZIONE AL 2030



Fonte: Centro Studi SUMAI Assoprof: elaborazione dati FNOMCeO ed ENPAM

La nostra proiezione mostra come il numero degli specialisti continuerà ad aumentare nei prossimi anni e si passerà dai 10.871 del 2022 ai 51.120 del 2028 tranne una momentanea leggera flessione con i 10.460 specialisti nel 2023 rispetto all'anno precedente. La tendenza si invertirà poi nel 2029 con una decisa flessione di 3.400 specialisti rispetto al 2028 che diventerà di 6.600 specialisti nel 2030. Considerando la proiezione il numero totale dei medici specialisti che possiamo considerare professionalmente attivi aumenterà dal 2021 al 2028 quando raggiungerà i 201.295 specialisti, tranne una piccola flessione nel 2023, per poi diminuire nuovamente dal 2029 al 2030 quando saranno 194.695.

GRAFICO 18 PROIEZIONE MEDICI SPECIALISTI ATTIVI DAL 2021 AL 2030

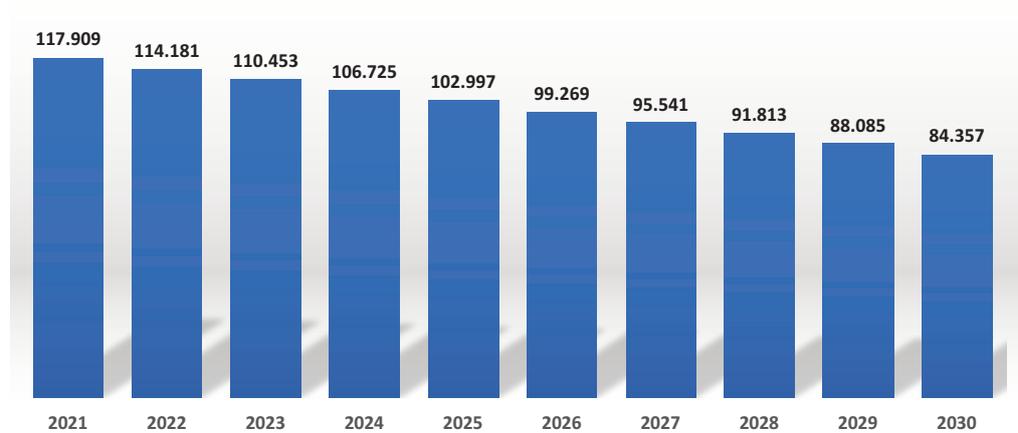


Fonte: Centro Studi SUMAI Assoprof: elaborazione dati FNOMCeO ed ENPAM

Pertanto gli specialisti considerati professionalmente attivi passeranno dai 151.512 del 2021 ai 202.632 del 2028 e quindi, solo a partire dal 2028, potremo contare su circa 51.120 specialisti in più rispetto al 2021.

Nei prossimi anni, dunque, grazie al notevole aumento di borse specialistiche del 2020 e 2021 gli specialisti (almeno dai dati e dalle proiezioni), potrebbero esserci ma l'importante è che i nostri medici formati trovino vantaggioso lavorare nel nostro SSN. Dai dati attuali queste condizioni non si stanno verificando. Stanno infatti aumentando le fila dei medici specialisti che al SSN preferiscono lavorare nel privato o andare all'Estero.

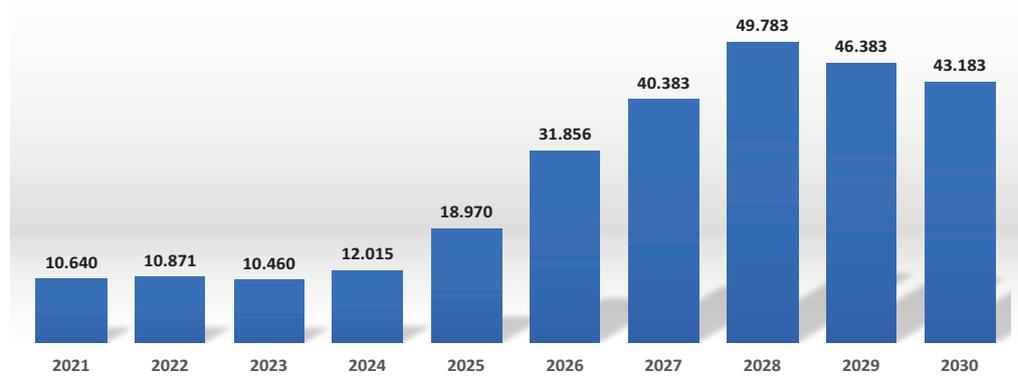
GRAFICO 19 SPECIALISTI NEL SSN – PROIEZIONI DAL 2021 AL 2030



Fonte: Centro Studi SUMAI Assoprof: elaborazione dati FNOMCeO ed ENPAM

Occorre invertire subito questo trend. La situazione in futuro sarà sempre più complicata e per i prossimi anni gli specialisti che opereranno nel SSN (medici ospedalieri e specialisti ambulatoriali convenzionati interni), a situazione invariata, passeranno dai 117.909 del 2021 agli 84.357 del 2030 considerando sia le poche nuove entrate di neo-specialisti che le uscite dei vecchi specialisti per raggiunti limiti d'età.

GRAFICO 20 NUOVI MEDICI SPECIALISTI – PROIEZIONE DAL 2021 AL 2030



Fonte: Centro Studi SUMAI Assoprof: elaborazione dati FNOMCeO ed ENPAM

Allora, l'unico modo per poter garantire ancora in futuro il SSN è quello di utilizzare nelle strutture pubbliche, da subito e d'ora in avanti, tutte le risorse mediche specialistiche disponibili, specialmente quelle che si sono appena specializzate, rendendo maggiormente attrattivo il SSN. Dal grafico 20 sopra riportato possiamo vedere in proiezione futura il numero di ulteriori specialisti professionalmente attivi e teoricamente disponibili considerando il turnover (neo-specializzati – pensionati) e che ci dimostra come sino al 2024 avremo disponibile un esiguo numero di specialisti (12.015) certamente non sufficiente al fabbisogno. Grazie però al numero di borse bandite nel 2019 e nel 2020 avremo nel 2028 in proiezione 49.783 specialisti aggiuntivi che dovremo in tutti i modi cercare di trattenere nel nostro paese attuando il prima possibile una riforma della sanità che possa rendere nuovamente attrattivo lavorare per il SSN con contratti solo a tempo indeterminato e retribuzioni in linea con gli altri paesi europei.

Medici specialisti Italiani all'estero

Purtroppo tra il 2021 e il 2022, abbiamo già perso molti specialisti che non trovando in Italia adeguata collocazione sempre più spesso l'hanno cercata e trovata all'estero attratti, a differenza dell'Italia, da ottimi contratti a tempo indeterminato, da occasioni di crescita professionale, dalla migliore qualità di lavoro e da remunerazioni superiori alle nostre e che gli hanno permesso così di costruirsi un futuro familiare e professionale in linea con le loro legittime aspettative dopo almeno 11 anni di studi e di spese delle loro famiglie per poter studiare.

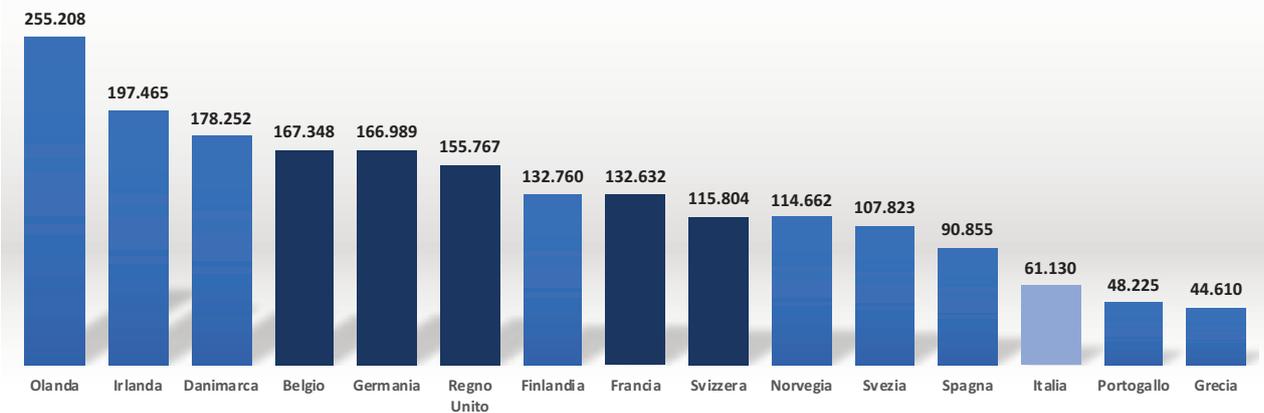
Fortunatamente non tutti ancora hanno deciso di andare all'estero ma per questi l'alternativa al SSN poco attrattivo, sono le strutture private che offrono contratti appetibili, sempre più spesso libero-professionali, molto ben remunerati.

I contratti libero professionali con le strutture private, in questi ultimi anni, sono molto ambiti anche tra gli specialisti che operano nel SSN convincendoli a lasciare il pubblico per le difficili condizioni di lavoro, per le basse remunerazioni e le incomprensibili incompatibilità che sempre più spesso incidono nello scegliere di dimettersi o anticipare il pensionamento. I giovani medici, soprattutto se specialisti, non trovando in Italia accesso stabile nel SSN con contratti a tempo indeterminato e remunerazioni in linea con quelle di altri paesi europei preferiscono andare a lavorare all'estero e programmarsì lì il proprio futuro sia professionale che personale.

Dal grafico sotto riportato appare evidente il differenziale esistente tra la remunerazione media dei medici specialisti in Italia e quella esistente negli altri paesi europei che colloca il nostro Paese agli ultimi posti davanti solo a Portogallo e Grecia considerati come fanalini di coda.

Nel grafico sono riportati in blu scuro i paesi più ambiti dai nostri professionisti.

GRAFICO 21 MEDICI SPECIALISTI - REMUNERAZIONE A CONFRONTO NEI PAESI EUROPEI

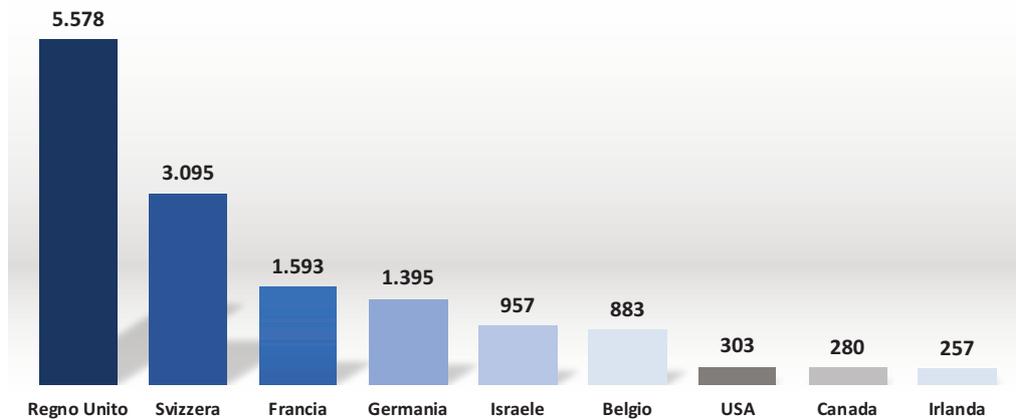


Fonte: Centro Studi SUMAI Assoprof: elaborazione dati FNOMCeO ed ENPAM

Dal 2008 al 2021 sono stati ben 14.341 i medici italiani che hanno lasciato il nostro paese per andare a lavorare all'estero.

Lo stato estero più ambito è il Regno Unito seguito dalla Svizzera, Francia con 1.593, Germania con 1.395, Israele con 957, Belgio con 883, USA con 303, Canada con 280 e Irlanda con 257.

GRAFICO 22 MEDICI ANDATI A LAVORARE ALL'ESTERO 2008-2021



Fonte: Centro Studi SUMAI Assoprof: elaborazione dati FNOMCeO ed ENPAM

Confrontando la remunerazione media di uno specialista del Regno Unito con quella di uno specialista in Italia (che per uniformità abbiamo convertito in dollari Usa), questa è rispettivamente di 155.767 dollari nel Regno Unito contro i 61.130 dollari in Italia con una differenza a favore del Regno Unito di ben 94.637 dollari annui. Il Belgio e la Germania hanno remunerazioni ancora più alte rispetto a quelle del Regno Unito, rispettivamente di 167.348 dollari e di 166.989 dollari, mentre Francia e Svizzera le hanno inferiori al Regno Unito ma sempre molto interessanti con 132.632 dollari e 155.804 dollari.

Appare quindi chiara, la motivazione della scelta dei nostri specialisti, considerati tra i più preparati e per questo ambiti e corteggiati dagli stati esteri con offerte allettanti, non solo in denaro, ma anche attraverso benefit aggiuntivi.

In Germania, ad esempio, per superare la difficoltà della lingua lo stato tedesco offre oltre all'alloggio anche un posto di lavoro per il coniuge e una scuola di lingua per entrambi.

L'Italia, a livello remunerativo, è quindi fortemente penalizzata rispetto agli altri paesi.

La corsa al medico italiano è dovuta anche alla contemporanea errata programmazione di specialisti da parte di tutti i paesi europei e non solo. Ma questi, a differenza nostra, hanno trovato nell'assunzione dei nostri specialisti la soluzione al loro problema.

Gli altri Paesi ringraziano così l'Italia che a proprie spese è ormai il fornitore ufficiale di medici ben formati e preparati. Lo Stato Italiano spende infatti, 150 mila euro per laureare un medico e altri 150 mila euro aggiuntivi per specializzarlo.

Oltre ai Paesi Europei anche i Paesi arabi non stanno fermi a guardare ed Arabia Saudita, Qatar, Emirati Arabi, Dubai e Kuwait in testa, diventano mete attraenti.

Vi sono cacciatori di teste che, su incarico degli Emirati Arabi, offrono stipendi che vanno dai 14 ai 20 mila euro al mese, più interprete, casa, scuola e autista a disposizione. Medici richiesti per i nuovi super-ospedali di Dubai, Abu Dhabi e Doha.



Lo Stato Italiano spende infatti, 150 mila euro per laureare un medico e altri 150 mila euro aggiuntivi per specializzarlo

Medici specialisti stranieri in Italia

Molti si domandano se sia possibile un flusso al contrario, cioè medici stranieri che vengano in Italia a lavorare nel nostro paese.

Ebbene, fisiologicamente questo flusso è molto difficile specialmente da paesi della comunità europea essendo l'Italia uno dei paesi che ha le retribuzioni più basse

insieme alla Grecia e una scarsa qualità delle condizioni di lavoro.

Ci sono però Regioni come la Calabria che hanno annunciato, non senza polemiche, di aver firmato una convenzione all'Ambasciata della Repubblica di Cuba in Italia. Si tratta di un accordo di cooperazione con la Comercializadora de Servicios Medicos Cubanos (CSMC), una società statale di medici cubani, per la fornitura di servizi medici e sanitari. Il governo caraibico metterebbe così a disposizione 497 medici con diverse specializzazioni.

Mediamente un medico cubano, nel suo paese, ha un reddito di circa 2.400 dollari annui.

L'accordo prevede che la CSMC abbia, in sintesi, dalla Regione Calabria, un rimborso per le spese di trasferta di 1.200 euro/mese per ogni medico cubano e le loro prestazioni verrebbero remunerate con 20,20 euro/ora per assicurare 40 ore di lavoro a settimana dal lunedì al venerdì.

In effetti si tratta di somministrazione di manodopera a tutti gli effetti (una specie di "caporalato medico") perché non sono previsti contratti professionali individuali e in forma scritta con i singoli medici specialisti, anche questi se vogliamo discutibili, ma un accordo siglato dalla Regione con un intermediario. Non sono infatti pagati direttamente i medici che prestano lavoro, ma chi li procura. Inoltre laurea e specializzazione cubane non sono automaticamente riconosciute dal governo italiano. Quello che stupisce è l'estrema naturalezza con cui la Regione Calabria utilizza per portare medici specialisti in Italia, norme speciali per l'emergenza pandemica emanate per sopperire la carenza di medici esclusivamente per l'emergenza Covid e valide solo fino al 31 dicembre 2022.

Che fine hanno fatto i Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (C.C.N.L.) e gli Accordi Collettivi Nazionali (A.C.N)? Le norme, non emergenziali a quanto pare sono obbligati a rispettarle solo i cittadini italiani e gli stranieri che hanno scelto di vivere e lavorare in Italia.

Ma non c'è solo la Calabria. Anche la Puglia ha annunciato di voler importare medici albanesi per supplire alle supposte carenze di specialisti nella Regione e disposti, non si sa a quali condizioni, a lavorare nel SSR pugliese.

Ci permettiamo di consigliare Calabria e Puglia, prima di guardare fuori dai propri confini, innanzitutto di proporre da subito le 38 ore settimanali ai propri specialisti ambulatoriali che già lavorano a tempo indeterminato nelle loro strutture sanitarie pubbliche delle loro regioni.

Gli specialisti ambulatoriali in Calabria sono attualmente 552 (con una media oraria di 26 ore settimanali); in Puglia sono 913 (con una media oraria 25 ore settimanali). La maggioranza di questi sono da tempo in attesa di poter raggiungere il massimale orario appunto di 38 ore previsto dal contratto. Poi ci sono specialisti in graduatoria e in attesa di avere un incarico con il SSN ai quali si potrebbero dare da subito incarichi a tempo indeterminato a 38 ore settimanali.

Cari Governatori, questi specialisti sono già in Italia ed hanno i titoli necessari e riconosciuti, ottenuti secondo le leggi e norme vigenti e non c'è necessità che altri medici vengano da Cuba o dall'Albania per coprire gran parte delle urgenze specialistiche delle vostre Regioni con convenzioni e contratti nazionali regolari, senza bisogno di aggirare le regole. Se le succitate Regioni seguissero il nostro consiglio potremmo avere in Calabria 6.640 ore settimanali aggiuntive (sarebbe come avere ulteriori 174 specialisti in più degli attuali arrivando passando da 552 a 726) e in Puglia avremmo 11.869 ore settimanali aggiuntive (sarebbe come avere 312 specialisti in più degli attuali arrivando passando da 913 a 1.225).

Poi, non dimentichiamoci che ci sono ancora da stabilizzare, con contratti a tempo indeterminato, negli ospedali e nelle ASL, quegli specialisti dipendenti che hanno attualmente contratti a tempo determinato (363 specialisti in Calabria e i 630 in Puglia). Al posto dei Governatori "esterofili" mi attiverei subito per utilizzare i medici specialisti calabresi e i medici specialisti pugliesi che non lavorano nel SSN ma an-



Anche la Puglia ha annunciato di voler importare medici albanesi per supplire alle supposte carenze di specialisti nella Regione e disposti, non si sa a quali condizioni, a lavorare nel SSR pugliese



Cari Governatori, questi specialisti sono già in Italia ed hanno i titoli necessari e riconosciuti



Utilizziamo ciò che abbiamo in casa prima di guardare altrove cercando soluzioni a dir poco fantasiose che rischiano di non tutelare il diritto alla salute dei cittadini

che i 17.057 medici non specialisti calabresi e i 10.573 medici non specialisti pugliesi magari ampliando le borse specialistiche con specifici finanziamenti regionali. Mi chiederei anche come mai questi medici non riescono o non vogliono trovare occupazione nel SSR calabrese e pugliese. Questi infatti devono lavorare altrove, ad esempio nel privato o molto più spesso decidono di andare via, in un'altra regione o in uno stato estero. Agli altri Governatori di quelle Regioni, per il momento “non ancora colpiti da esterofilia”, e che lamentano anche loro di non avere più medici specialisti o addirittura medici in genere, consiglieri di guardare dentro casa e di chiedere agli specialisti ambulatoriali in servizio a tempo indeterminato, quanti di questi siano disponibili a raggiungere il massimale orario di 38 ore settimanali. Consiglierei anche di pubblicare i turni per quelli che sono in attesa e in graduatoria, di stabilizzare i medici dipendenti precari, di finanziare nuove borse specialistiche ovviamente in rapporto al loro reale fabbisogno regionale. Utilizziamo ciò che abbiamo in casa prima di guardare altrove cercando soluzioni a dir poco fantasiose che rischiano di non tutelare il diritto alla salute dei cittadini.

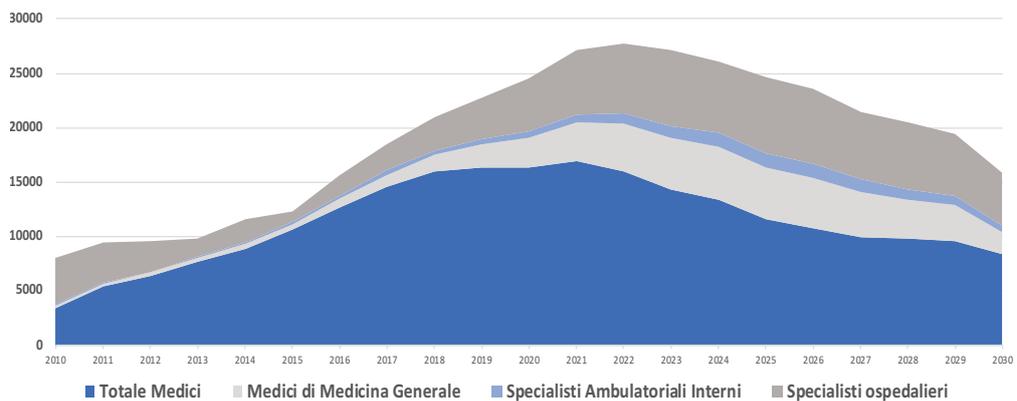
Il fabbisogno di specialisti

Affrontiamo ora l'argomento più delicato e cioè quello sul reale fabbisogno di medici specialisti in Italia.

La carenza di personale medico negli ospedali e nei servizi territoriali sappiamo rischia di subire un'ulteriore brusca accelerazione a causa dei numerosi pensionamenti anticipati e addirittura per le dimissioni di molti specialisti ospedalieri, alcuni dei quali senza aver raggiunto i criteri necessari per andare in pensione scegliendo di continuare ad esercitare la propria professione non più nelle strutture del SSN ma nel privato o all'estero.

GRAFICO 23

CONFRONTO TRA GOBBE PENSIONISTICHE



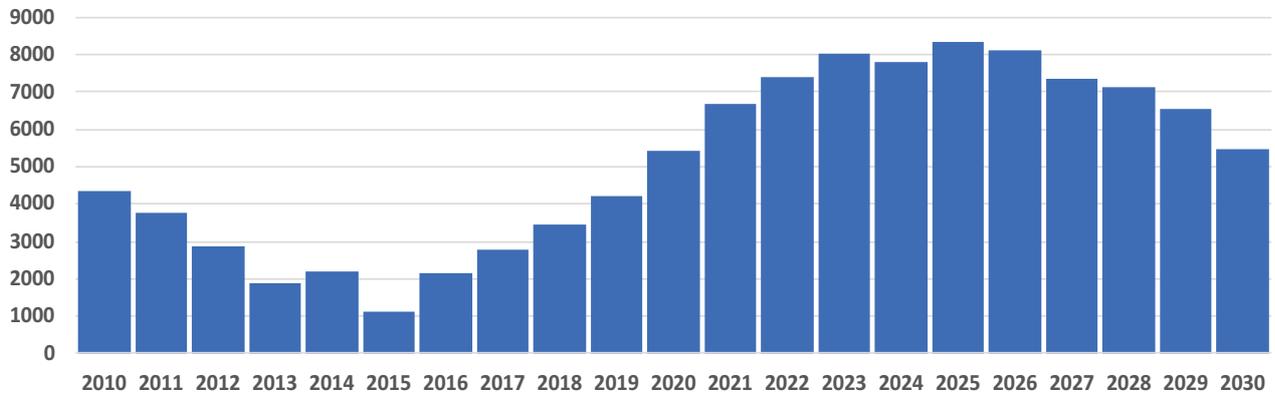
Fonte Centro Studi SUMAI Assoprof: elaborazione dati INPS ed ENPAM

I Medici dipendenti del SSN vanno in quiescenza con una anzianità media intorno ai 65 anni di età, pur potendo arrivare ai 68 anni e a 70 anni se autorizzati, mentre gli specialisti ambulatoriali convenzionati interni vanno in quiescenza tre anni dopo, mediamente a 68 anni ma possono arrivare anche loro a 70 anni ma senza nessuna specifica autorizzazione in quanto già previsto nell'ACN.

Quindi, continuando così, tra il 2021 e il 2025, dai 117.909 medici specialisti (dipendenti e convenzionati interni) attualmente operanti nella sanità pubblica, considerando anche l'apice della gobba pensionistica, ne potrebbero andare in pensione poco meno della metà ovvero circa 43.000.

GRAFICO 24

**GOBBA PENSIONISTICA
MEDICI SPECIALISTI OPERANTI NEL SSN – OSPEDALIERI E SAI**



Fonte Centro Studi SUMAI Assoprof: elaborazione dati INPS ed ENPAM

Quindi una situazione assai grave considerando che tutto questo era già stato previsto ed annunciato dagli stessi medici in largo anticipo e reso noto a chi aveva in quel momento responsabilità di governo sia nazionale che regionale.

Ora, è inevitabile, saranno necessari interventi immediati e fortemente innovativi per cercare di affrontare le conseguenze accompagnati da un importante investimento sul personale medico.

Secondo Eurostat, l'Italia ha i medici più vecchi d'Europa con il 54% del totale che ha una età superiore a 55 anni.

Dai dati sinora mostrati e fermi al 1 gennaio 2021 appare evidente che, se non si cambia subito l'attuale politica sia occupazionale che retributiva del nostro Paese, non basteranno i neo specialisti a sostituire quelli che stanno andando in pensione o che si stanno dimettendo volontariamente scegliendo di lavorare altrove.

Stimando il numero di contratti di formazione specialistica al 2030 e considerando il numero totale di medici specialisti attualmente attivi presenti nella rete assistenziale delle singole regioni, abbiamo stimato i pensionamenti regionali da qui al 2030 ipotizzando un'uscita dal Servizio Sanitario Nazionale intorno a circa il 50%. Si tratta ovviamente di stime numeriche che esprimono un fenomeno e sono quindi da considerare proiezioni, basate in parte su dati certi ed in parte su dati stimati, come ad esempio la costanza del numero di borse specialistiche (circa 13.000 l'anno) sino al 2030. Detto questo, l'attuale turnover, in numeri assoluti, tra i medici appena specializzati e medici specialisti andati in pensione mostra che in realtà il numero di specialisti è progressivamente aumentato di 1.750 medici nel 2016 e di 10.640 del 2021. (Cfr grafico 18)

La nostra proiezione quindi mostra come il numero degli specialisti continuerà ad aumentare nei prossimi anni passando dagli attuali 10.871 del 2022 ai 51.120 del 2028, con una momentanea leggera flessione nel 2023. La tendenza poi si invertirà nel 2029 con una flessione di 3.400 specialisti in meno rispetto al 2028 che diventerà di 6.600 specialisti in meno nel 2030.

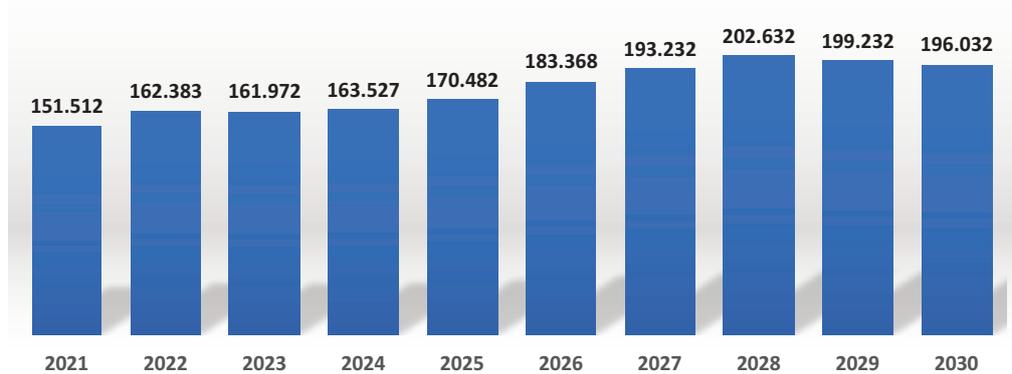
Considerando la proiezione, il numero totale dei medici specialisti che possiamo considerare professionalmente attivi aumenterà dal 2021 al 2028 quando raggiungerà i 201.295 specialisti (con la flessione nel 2023), per poi diminuire nuovamente dal 2029 al 2030 quando saranno 194.695.

Pertanto gli specialisti considerati professionalmente attivi passeranno dai 151.512 del 2021 ai 202.632 del 2028 e quindi potremo contare ma solo nel 2028 su circa 51.120 specialisti in più rispetto al 2021. (riproponiamo il grafico 18)



Secondo Eurostat, l'Italia ha i medici più vecchi d'Europa con il 54% del totale che ha una età superiore a 55 anni

GRAFICO 18 PROIEZIONE MEDICI SPECIALISTI ATTIVI DAL 2021 AL 2030



Fonte: Centro Studi SUMAI Assoprof: elaborazione dati FNOMCeO ed ENPAM

Nei prossimi anni, quindi, grazie al notevole aumento di borse specialistiche del 2020 e del 2021 gli specialisti potrebbero anche esserci, stando ai dati e alle proiezioni.

La sfida però sarà fare in modo che d'ora in avanti i neo specializzati trovino le condizioni professionali favorevoli per restare nel SSN. Nel frattempo purtroppo il numero di medici specialisti che lavorano all'interno delle strutture pubbliche del Sistema (ospedalieri e specialisti ambulatoriali) continua progressivamente a diminuire. Se non invertiamo questo trend la situazione sarà sempre più complicata e, per i prossimi anni, gli specialisti che opereranno nel SSN (medici ospedalieri e specialisti ambulatoriali convenzionati interni), a situazione invariata passeranno dai 117.909 del 2021 agli 84.357 del 2030 considerando una perdita annuale media di 3.728 medici specialisti dal SSN.

Pertanto, la situazione fotografata al 1° gennaio 2021, considerando come ottimale un numero di 154.568 medici, nel SSN si registra una carenza presunta di 36.659 medici specialisti in quanto come abbiamo visto risultano in servizio al 1 gennaio 2021 117.909 medici specialisti (ospedalieri ed ambulatoriali).

Quindi considerando le attuali curve di pensionamento in uscita e tutti i nuovi specialisti diplomati in entrata nel 2025 nel SSN mancheranno circa 36.705 medici rispetto al numero stimato come ottimale sempre che occupassimo tutti i neo specialisti e di 51.571 senza il turnover con i neo specialisti.

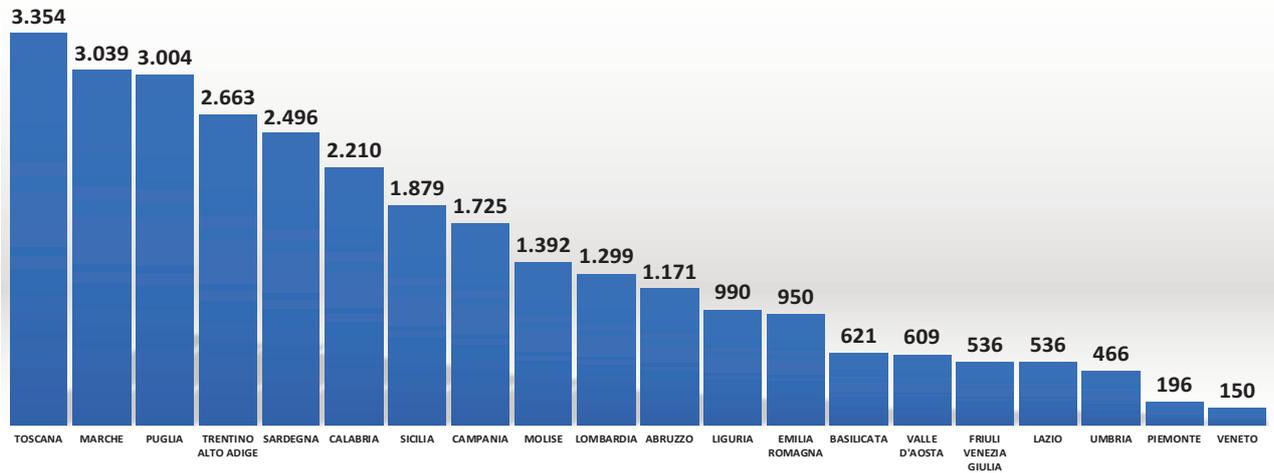
GRAFICO 25 CARENZA MEDICI SPECIALISTI NEL SSN PER REGIONE ANNO 2021



Fonte Centro Studi SUMAI Assoprof: elaborazione dati FNOMCeO.

Vediamo ora il fabbisogno di specialisti diviso per Regione. In numeri assoluti la Regione con una maggiore carenza di medici specialisti è la Toscana con 3.354 specialisti mancanti, l'ultima il Veneto con 150 specialisti mancanti al numero ottimale.

GRAFICO 26 FABBISOGNO DI SPECIALISTI DIVISO PER REGIONE

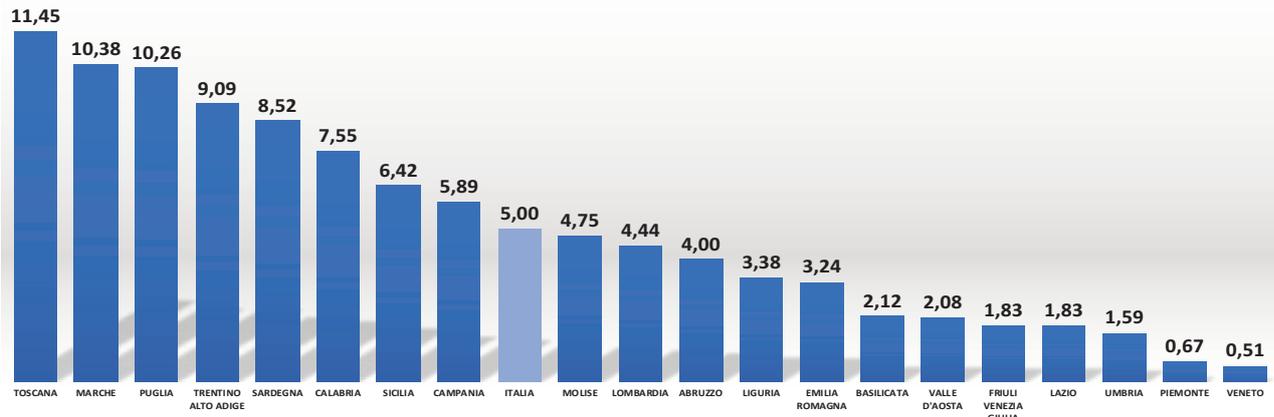


Fonte Centro Studi SUMAI Assoprof: elaborazione dati FNOMCeO.

Si ha ovviamente analoga graduatoria, ma in valori percentuali del fabbisogno totale di medici specialisti nel SSN valutata anche rispetto al valore medio nazionale del 5%.

Le Regioni Toscana, Marche, Puglia, Trentino Alto Adige, Sardegna, Calabria, Sicilia, e Campania hanno un fabbisogno al di sopra dell'attuale valore medio nazionale che è pari al 5% mentre le rimanenti Regioni Molise, Lombardia, Abruzzo, Liguria, Emilia Romagna, Basilicata, Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Umbria, Piemonte e Veneto sono al di sotto del dato percentuale medio nazionale.

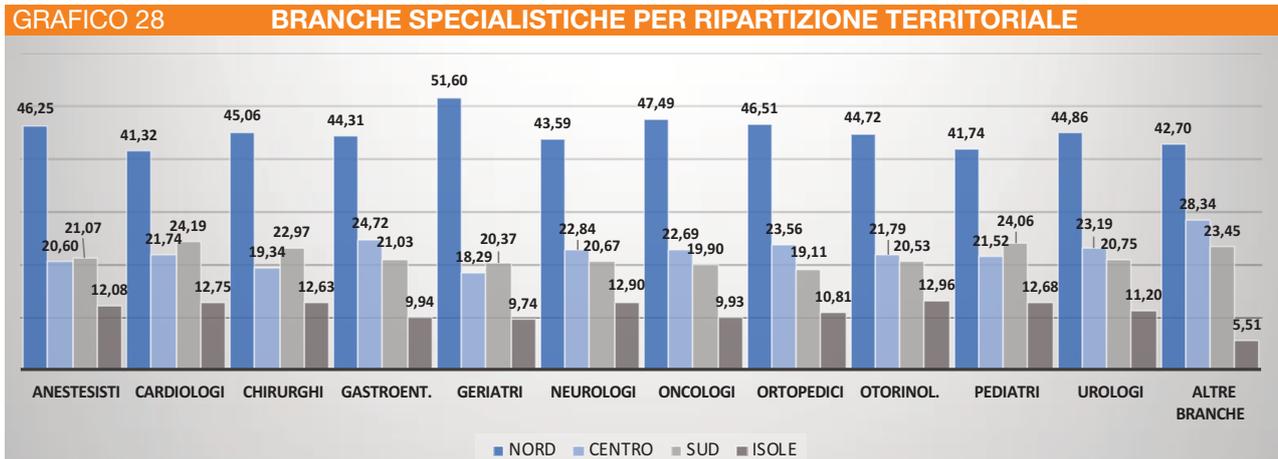
GRAFICO N. 27 FABBISOGNO DI SPECIALISTI DIVISO PER REGIONE IN VALORE PERCENTUALE



Fonte Centro Studi SUMAI Assoprof: elaborazione dati FNOMCeO.

Risulta quindi evidente una carenza generica di medici specialisti in tutte le regioni italiane ma ovviamente il mondo degli specialisti è composto da varie specialità, branche differenti che si distribuiscono diversamente.

Attualmente in tutte le regioni si rileva un'identica carenza di specialisti in particolare nelle branche dell'emergenza-urgenza, dell'anestesia e rianimazione, nella chirurgia generale, nella medicina interna, nella cardiologia ma anche nella ginecologia, psichiatria e ortopedia e traumatologia.



Fonte Centro Studi SUMAI Assoprof: elaborazione dati FNOMCeO, Ministero della Salute e ISTAT.

CONCLUSIONI

L'emergenza pandemica che ha interessato il nostro Paese ha fortunatamente riportato al centro dell'attenzione le caratteristiche del sistema sanitario mettendone in evidenza, oltre ai punti di forza, anche gli aspetti problematici attribuiti soprattutto alle scelte operate negli ultimi anni.

Una criticità su tutte, evidenziata dal Covid, è quella di dover affrontare con la massima urgenza il problema della acclarata carenza di medici specialisti (specie nel pubblico) aggravata da un lato dalla crisi di vocazione e dall'altro da quelli che non scelgono il SSN preferendo lavorare nel privato o andare all'estero.

Come abbiamo visto in Italia nel Sistema abbiamo attualmente un rapporto medico specialista attivo per 1.000 abitanti pari a 2,56 medici considerando come medico specialista sia il dipendente pubblico e privato, sia il convenzionato interno ed esterno che il libero-professionista.

Oggi il rapporto medico ospedaliero per 1.000 abitanti è di solo 1,99 specialisti per 1.000 abitanti e quello medico specialista convenzionato interno (ovvero lo specialista che secondo il DM 77 dovrebbe risolvere sul territorio le problematiche di tipo specialistico che non necessitano di ricovero e che dovrebbe ridurre gli accessi al pronto soccorso e negli ospedali) è pari solo a 0,25 specialisti per 1.000 abitanti.

Questa carenza di medici specialisti operanti nel SSN si aggrava di giorno in giorno sia in ospedale, per i pochi e tardivi concorsi che vengono banditi, sia sul territorio per le poche ore di specialistica ambulatoriale convenzionata messe in preliezione.

Attualmente gli organici ospedalieri sono notevolmente ridotti ed obbligano i medici a turni gravosi, ferie non godute, attività oltre orario. Le soluzioni a cui ricorrono le Aziende Sanitarie, comunque sempre preventivamente autorizzate dalle Regioni, sono i contratti “molto onerosi” con cooperative dei cosiddetti “medici a gettone”. Ma anche il ricorso a medici provenienti da altri paesi extra-europei impiegati nelle strutture con contratti “anomali”, sicuramente più onerosi per le risorse pubbliche rispetto a quelli normalmente regolati da C.C.N.L. e A.C.N.

Questa situazione, di crescente disagio, rende sempre meno attrattivo rimanere nel SSN e porta sempre più i medici in servizio a pensare alla pensione o alle dimissioni volontarie come una soluzione per migliorare la propria qualità di vita professionale e personale.

Per quanto riguarda gli specialisti ambulatoriali convenzionati interni non ci sono particolari crisi vocazionali, anzi, ma assistiamo ad una riduzione del numero di specialisti a tempo indeterminato e in alcune aree, vista la grave carenza di queste figure professionali, anche un’incomprensibile riduzione del numero di ore messe a bando.

Il fenomeno è a macchia di leopardo ma in alcune regioni, da alcuni anni, assistiamo alla desertificazione dei poliambulatori territoriali che chiudono quindi riducendo l’offerta specialistica territoriale.

Riduzione sul territorio accentuata ulteriormente anche dall’utilizzo ridotto del monte ore della specialistica convenzionata interna anche nelle strutture ospedaliere per tamponare le carenze di organico.

Ad esempio il Policlinico Universitario di Tor Vergata ha nel suo organico più del 50% di medici specialisti ambulatoriali convenzionati. Ma vi sono altri esempi in Italia.

Quanto detto sta deteriorando la situazione e le attuali condizioni lavorative. I gravi errori fatti nella programmazione sanitaria, sulla formazione specialistica e le scelte demagogiche sin qui descritte, stanno mettendo in pregiudicato l’esistenza del SSN solidale ed universalistico.

SOLUZIONI

È urgente trovare soluzioni. Aprire gli ingressi alla facoltà di Medicina e Chirurgia, com'è stato detto in campagna elettorale, è improponibile. Le Università attualmente non sono in grado di accogliere un numero maggiore di studenti e quindi non possono garantire un'adeguata preparazione ai medici di domani.

Sono 60.000 infatti i giovani diplomati che ogni anno partecipano ai test di ingresso alla facoltà di Medicina. Con le attuali strutture e l'attuale numero di docenti non li potrebbero accogliere e preparare tutti in modo adeguato.

In più non è la soluzione immediata al problema poiché, tra laurea e specializzazione, gli studenti sarebbero disponibili solo tra 11 o 12 anni, quindi dal 2030 in poi quando oramai la curva dei pensionamenti sarà già in forte calo e le necessità di specialisti per coprire il turnover ridotte di oltre il 50%.

In ogni caso l'attuale modalità di accesso alla facoltà di medicina deve essere cambiata perché così com'è oggi non funziona.

Quello che invece va fatto è:

-
- 1 **Adottare** d'ora in avanti un unico metodo del calcolo dei fabbisogni regionali e nazionali così da poter coprire le attuali carenze e prevedere le future necessità.

 - 2 **Mantenere** l'attuale finanziamento dei contratti di formazione specialistica ad almeno 13.500 all'anno recuperando anche tutti i contratti persi o mai assegnati dal MIUR e i rispettivi finanziamenti favorendo così il riassorbimento dell'imbuto formativo. Fenomeno questo che vede mediamente ogni anno circa 10.000 nuovi laureati in medicina in attesa di uno sbocco formativo; ma anche 50.435 medici non specialisti nelle fasce d'età comprese dai 30 ai 44 anni che ancora non sono riusciti ad entrare in una scuola di specializzazione.

 - 3 **Incrementare** i contratti di formazione specialistica finanziati direttamente dalle Regioni e calcolati rispetto ai loro reali fabbisogni promuovendo anche tirocini pratici degli specializzandi presso le loro strutture sanitarie pubbliche;

 - 4 **Avviare** rapidamente una vigorosa campagna di assunzioni nel SSN, coprendo le attuali e future carenze eliminando ogni anacronistico vincolo di spesa, semplificando le procedure concorsuali, prolungando la validità delle graduatorie e permettendo, nel caso di carenza di partecipanti ai concorsi, un'entrata al lavoro anticipata agli specializzandi dell'ultimo anno;

 - 5 **Garantire** nel territorio la presenza di un numero di specialisti ambulatoriali necessari sia per prendere in carico i pazienti cronici (nelle Case della Comunità e Ospedali di Comunità) sia per rispondere alla richiesta di consulenze specialistiche da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nei loro ambulatori oppure nei poliambulatori pubblici, che certo non possono sparire ma soprattutto a domicilio dei pazienti, favorendo sempre più una specialistica di prossimità già normata per questo aspetto dal vigente ACN.

 - 6 **Proporre** agli specialisti ambulatoriali convenzionati interni, già in servizio, il raggiungimento del massimale orario a 38 ore settimanali. Oggi la media nazionale è di 21 ore settimanali. Questo aumenterebbe l'offerta specialistica di 202.951 ore settimanali passando dalle attuali 360.095 ore settimanali ad un totale di 563.046 ore settimanali. In sostanza è come se fossero assunti 5.341 nuovi specialisti nel SSN già formati dunque senza bisogno di andarli a cercare all'estero aggirando le normative nazionali e i vari Acn e CCNL.

 - 7 **Attribuire** nuovi incarichi ed attivare nuovi turni, nelle branche specialistiche maggiormente carenti, ai numerosi specialisti che sono attualmente in attesa di primo incarico nelle graduatorie della specialistica ambulatoriale per le ore necessarie a coprirne il fabbisogno;

 - 8 **Utilizzare** gli specializzandi del V anno negli ospedali pubblici e negli ambulatori con la presenza di un tutoraggio da parte degli specialisti in servizio il che porterebbe nelle strutture circa 6.034 medici al V anno di specializzazione nel 2022, 8.000 nel 2023, 13.400 nel 2024, 17.400 nel 2025 e 13.041 nel 2026 e prevedendone poi una successiva assunzione a tempo indeterminato sia come dipendenti o come convenzionati interni dopo aver conseguito la specializzazione.

 - 9 **Rimuovere** una volta per tutte le anacronistiche incompatibilità che attualmente stanno di fatto riducendo il serbatoio di specialisti disponibili ed impossibilitati a lavorare nel SSN a causa di queste norme divenute incomprensibili e anacronistiche data l'attuale carenza;

 - 10 **Incentivare** i medici che lavorano nelle aree disagiate del Paese e nei servizi sanitari particolarmente delicati e che sono ad alto rischio professionale.

Ricordiamoci che la posta in gioco è il nostro Servizio sanitario nazionale e le poche risorse a disposizione che abbiamo non possono essere sprecate per scelte demagogiche o scelte tampone che non risolvono i problemi in modo strutturale. Appare chiaro che la situazione attuale è figlia di scelte politiche scellerate che hanno privilegiato i conti rispetto alla salute degli italiani senza peraltro risolvere il problema dei conti ma aumentato piuttosto i problemi di sostenibilità del nostro SSN. Se dovesse scoppiare ora una nuova pandemia, nel 2022, non saremmo più in grado di poterla affrontare, come abbiamo fatto sinora con l'attuale numero di personale sanitario ora in servizio.

Dobbiamo dirlo: ora la scelta è politica, solo politica.

Vogliamo investire altri 42,3 miliardi in bonus vari, 13 miliardi per il salvataggio di ITA, 4,7 miliardi per il Cashback, 250 milioni per il bonus TV, 215 milioni per il bonus monopattini, 200 milioni per i banchi con le rotelle o vogliamo investire nel SSN e nel suo personale?

Vogliamo continuare a garantire in un momento storico così grave il diritto costituzionale e la tutela gratuita della salute a tutti i cittadini?

L'articolo 32 della Costituzione e la legge di riforma sanitaria 833 del 1978 dovrebbero assicurare e garantire a tutti i cittadini italiani un'assistenza sanitaria gratuita. Ma per farlo non c'è scritto che bisogna sottopagare gli operatori della sanità, farli lavorare in condizioni complesse e pericolose, senza garantirgli la sicurezza e la serenità necessaria per salvare la vita delle persone e salvaguardare la salute di tutti i cittadini che vivono nel nostro Paese. Senza medici non ci può essere salute.

Oggi chiediamo da questo palco, ad alta voce una maggiore attenzione alle politiche che riguardano la salute di tutti gli Italiani.

Al nuovo Governo chiediamo di colmare il gap retributivo che ci differenzia dagli altri paesi europei, chiediamo meno burocrazia, chiediamo maggiore tutela e considerazione per i professionisti della salute che hanno dimostrato nel corso della Pandemia di sacrificare anche la loro vita per assistere e curare le persone. Chiediamo al nuovo Governo di dare una svolta. Un nuovo modello di sanità territoriale di prossimità investendo sulle professionalità convenzionate che da oltre 50 anni sul territorio lavorano in équipe: Medici di Medicina Generale, Medici e Professionisti Specialisti Ambulatoriali Convenzionati Interni (Medici, Psicologi, Biologi, Veterinari, Chimici), Pediatri di libera scelta, Farmacie territoriali convenzionate, Personale infermieristico e delle professioni sanitarie.

Ora basta a proposte demagogiche, basta a promesse mai o quasi mai mantenute, ora servono fatti concreti e subito. Sediamoci insieme ad un tavolo e troviamo assieme le soluzioni. Non c'è più molto tempo per salvare e mantenere il nostro servizio sanitario nazionale.

Chi ha la responsabilità di Governo, sia Nazionale che Regionale, deve investire sui professionisti per rendere il Sistema e puntare sul territorio senza dimenticare gli ospedali. La sanità è un tutt'uno non continuiamo a perseverare sugli errori del passato.

Puntiamo	contrariamente a quanto fatto sinora, anche sulla specialistica ambulatoriale convenzionata interna per soddisfare i fabbisogni specialistici della popolazione che non necessita di ricovero.
Puntiamo	sugli specialisti ambulatoriali per ridurre davvero le liste d'attesa.
Puntiamo	sugli specialisti ambulatoriali per ridurre i numerosi accessi al pronto soccorso.
Puntiamo	sugli specialisti ambulatoriali per prendere in carico i malati cronici complessi evitando ricoveri impropri ed evitando anche i nuovi ricoveri dopo le dimissioni ospedaliere.
Puntiamo	sugli specialisti ambulatoriali per le visite specialistiche domiciliari anche tramite la telemedicina.
Puntiamo	sugli specialisti ambulatoriali per visite specialistiche presso gli studi dei medici di medicina generale, presso le farmacie territoriali superando file e burocrazia.

Diamo una vera svolta, noi siamo pronti.

Buon 54° Congresso nazionale a tutti.

W il SUMAI





Sumai
ASSOPROF

Sindacato Unico Medicina
Ambulatoriale Italiana
e Professionalità dell'Area Sanitaria