

EXECUTIVE SUMMARY

“Dal fabbisogno specialistico di personale SSN allo sviluppo organizzativo e delle competenze”¹

Le ragioni della ricerca

Negli ultimi anni le Aziende del SSN sono state chiamate a trovare soluzioni organizzative per rispondere ai continui cambiamenti in corso nel contesto economico, politico e demografico, e per rispettare le indicazioni della normativa nazionale e regionale nell'ambito della gestione delle risorse umane. Tra gli esempi più rilevanti di tali cambiamenti e vincoli di contesto, troviamo il blocco del turnover, la riduzione nel numero degli incarichi di struttura e, a partire dallo scorso anno, l'adeguamento del settore sanitario alla normativa comunitaria in merito all'orario di lavoro del personale sanitario (art. 14 legge 161/2014). Tali previsioni sono state inserite in un contesto di blocco dei rinnovi contrattuali e, ancora più importante, di marcato invecchiamento degli organici aziendali: condizioni che se da una parte, hanno comportato riorganizzazioni e innovazioni interne alle Aziende sanitarie in termini di efficientamento, dall'altra, con il perdurare delle norme, invecchiamento e demotivazione della popolazione lavorativa del SSN che sono elementi fortemente correlati con la qualità delle prestazioni offerte alla popolazione.

Le organizzazioni del servizio sanitario sono caratterizzate dai più alti indicatori di complessità, dal più alto tasso di specializzazione del capitale umano e di innovazione tecnologica. Si prestano ad essere considerate organizzazioni della conoscenza in cui la valorizzazione del capitale umano rappresenta il fattore strategico per ogni politica aziendale volta a garantire qualità e sostenibilità del SSN.

Il quadro è complesso e articolato e non si può prestare a strumentalizzazioni o banalizzazioni perché il settore sanitario gestisce il bene più prezioso per gli individui ed è anche caratterizzato, sul piano della comunicazione, dal rischio di comunicazione per ‘procurato allarme’ che mina profondamente il capitale e il patto di coesione sociale tra i cittadini.

L'approfondimento qui proposto punta ad offrire il quadro rappresentativo e fondato sui dati reali delle Aziende sanitarie, sulla dinamica in uscita e in potenziale entrata - tenendo conto dei futuri specializzati - del personale medico dipendente in forza al SSN in un arco temporale che va dal 2012 e si proietta, in una prospettiva di medio periodo, al 2025.

Più in particolare, il tema viene declinato poi in una cornice di necessità e urgenza di intervento rispetto a determinate discipline della dirigenza medica² per le quali l'evidenza empirica registra, in via crescente e nei diversi contesti territoriali del paese, mancate o molto limitate partecipazioni nelle procedure

¹ La ricerca è a cura di Mario Giacomazzi e Nicola Pinelli con la collaborazione di Flavia Di Pasquale nella raccolta e elaborazione dati. La ricerca ha potuto contare sulla indispensabile partecipazione e contributo di Sergio Castiglioni e Andrea Colombo (ASST Ovest Milanese), Carla Fassino e Maria Teresa Vaschetto (ASL Città di Torino), Isabella Lanzone (ASL 3 Genovese), Maria Lista (ASL VC), Rosa Magnoni (APSS di Trento), Riccardo Paoli (INRCA Ancona), Daniele Tovoli (ASL di Bologna), Roberto Cosentina (ASST Bergamo Est). Si ringrazia Diana de Maffutiis (FIASO) per il costante supporto garantito per il successo della ricerca. Un ringraziamento particolare viene rivolto alla dott.ssa Rosanna Ugenti, Direttore della Direzione Generale delle Professioni sanitarie del Ministero della Salute e ai suoi collaboratori, in particolare la dott.ssa Annalisa Malgieri, per la collaborazione istituzionale e il confronto scientifico e professionale offerti.

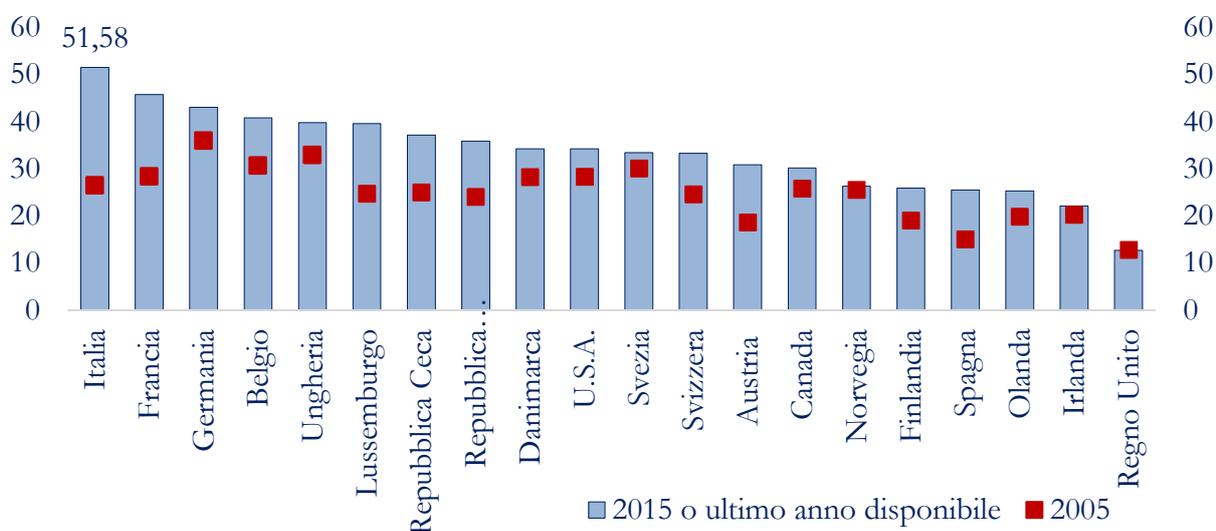
² Specializzazioni affini ed equipollenti permettono al medico di partecipare a procedure concorsuali per diventare dipendente ed essere inquadrato in una delle discipline in cui è ripartita la dirigenza medica. Non vi è quindi piena sovrapposizione tra discipline mediche e specializzazioni universitarie (D.M. 31-1-1998 – “Tabella relativa alle specializzazioni affini previste dalla disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale”).

concorsuali. Per far fronte alla difficoltà di reclutamento e di sostituzione delle cessazioni, le Aziende hanno avviato con soluzioni tampone – prestazioni aggiuntive, convenzioni, esternalizzazione di attività etc.. – e/o attraverso una riformulazione e re-ingegnerizzazione dei modelli organizzativi – integrazione, piattaforme trasversali etc. In caso di mancanza assoluta di professionalità disponibili per quella determinata specialità, già ora le strutture sanitarie sono costrette a programmare la chiusura di alcuni servizi, al di là della piena applicazione del DM 70.

Nell'agenda sui nodi irrisolti del personale definito in seno all'Osservatorio FIASO dedicato, quello qui proposto è il primo in ordine di priorità, per necessità di intervento tempestivo con ricadute immediate sull'impianto complessivo delle organizzazioni che sono orientate alla piena valorizzazione del capitale umano quale leva strategica per la sostenibilità e la qualità del SSN dei prossimi anni. Dalla verifica empirica sulle realtà aziendali, questa criticità all'inizio ha riguardato solo poche discipline (in particolare Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza e Pediatria) ed alcune realtà territoriali (soprattutto le aree più decentrate e più distanti dalle sedi universitarie e gli ospedali più piccoli e meno specializzati), ma si è progressivamente ampliata fino a coinvolgere un significativo numero di discipline e pressoché tutte le aree geografiche del paese.

Per introdurre la dinamica in uscita del personale medico, occorre subito precisare che le condizioni e i vincoli di contesto hanno comportato un costante invecchiamento della popolazione lavorativa - come si può vedere nel Grafico n. 1 tra i principali paesi OCSE – che ha portato l'Italia ad aver il più alto tasso percentuale di medici over 55, con oltre metà dei professionisti in servizio, e il più alto tasso percentuale di crescita dell'età lavorativa tra il 2005 e il 2015.

Grafico n. 1 - Percentuale di medici con oltre 55 anni di età, 2005; 2015



Note: non sono disponibili i dati per Grecia, Portogallo, Polonia e i Paesi BRIC. I dati sono aggiornati al 2014 per Belgio, Finlandia, Germania, Italia, Olanda, Norvegia, Svizzera, Repubblica Slovacca e Ungheria e al 2013 per Danimarca, Spagna, Svezia, Repubblica Ceca e USA.

Fonte: Elaborazioni OASI su dati OECD 2017

L'ampia e qualificata partecipazione al percorso di realizzazione della ricerca e il rigore assicurato in tutte le fasi metodologiche, portano a consegnare la prima versione dei risultati della ricerca Fiaso sul fabbisogno specialistico che si è conclusa alla fine del 2017 e la cui ricchezza di dati ed elementi raccolti ed elaborati saranno oggetto di più ampi approfondimenti e riflessioni.

Nota metodologica

A partire dagli obiettivi posti all'Osservatorio, la definizione della *survey* della ricerca ha attraversato diverse fasi e processi di revisione prima della sua diffusione a tutte le Aziende sanitarie e ospedaliere del SSN. In particolare, dopo una prima fase di condivisione e definizione del format di raccolta dati, è stata realizzata una fase di test sperimentale in un gruppo di 13 Aziende Pilota³, che ha permesso di registrare l'impianto metodologico della ricerca. Nel corso della raccolta e in seguito alla raccolta, sono state compiute attività di supporto e generato un feedback alle Aziende partecipanti rispetto al controllo di qualità del dato per il rispetto delle note metodologiche.

Il personale medico considerato delle Aziende sanitarie e ospedaliere, policlinici, Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico pubblici è quello inquadrato nel CCNL della dirigenza medica ed esclude, quindi, dall'analisi l'impatto dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, delle altre convenzioni, così come dei medici operanti nel sistema privato.

Per costruire uno scenario credibile per i prossimi anni, alcune scelte di fondo caratterizzano la ricerca:

- Per valutare la reale sussistenza della criticità e andarne a quantificare le dimensioni si è ritenuto necessario andare ad incrociare le cessazioni che si verificheranno nei prossimi anni con i possibili ingressi nel sistema.
 - o vengono rilevati i dati del personale medico, suddiviso per le 57 discipline in cui è inquadrata la dirigenza sanitaria, con riferimento alle cessazioni avvenute tra il 2012 e il 2017 e al numero di medici che compiono 65 anni nel periodo dal 2012 al 2025, utilizzando come dato di partenza due distinti momenti (2011 e 2017).
- il dato anagrafico dei medici in servizio e quindi la stima dei pensionamenti non può essere considerato come unico elemento per determinare la previsione totale delle uscite dal sistema: alcune di queste infatti non sono collegate al raggiungimento delle condizioni per il trattamento pensionistico (es. passaggi al privato, alla libera professione, esperienze all'estero ecc).
 - o è stato richiesto alle Aziende di non conteggiare tra le cessazioni quelle dovute a spostamenti in altri Enti del SSN in quanto non comportano un'uscita dal sistema. Le cause di cessazione ammesse risultano quindi essere: pensionamento, prepensionamento, decesso, inabilità sopravvenuta, licenziamento, dimissioni contestuali all'inizio di attività libero-professionali o private, trasferimenti all'estero;
 - o il compimento del 65° anno di età rappresenta la variabile di riferimento per determinare l'uscita prevista dal servizio tra il 2018 e il 2025 (cd cessanti). Oltre ad essere una soglia anagrafica plausibile per determinare l'uscita, rappresenta un dato immediatamente disponibile presso le Aziende⁴.
- Con lo scopo di calcolare, quindi, il numero di medici specializzati disponibili ad entrare nel SSN nei prossimi anni, sono state prese in considerazione due serie storiche ufficiali (fonte: Ministero della Salute): gli immatricolati alla facoltà di medicina e chirurgia tra l'anno accademico 2003/2004 e l'anno accademico 2017/2018, e il numero dei contratti di formazione specialistica attivati dall'anno accademico 2009/2010 per specializzazione. Queste informazioni

³ AUSL Piacenza, APSS Trento, ARNAS Civico Di Cristina Benfratelli Palermo, ASL 3 Genovese, ASL CN 2, ASL Città di Torino, ASL Vercelli, AUSL IRCCS Reggio Emilia, ASST Bergamo, ASST Ovest Milanese, AUSL Bologna, INRCA Marche.

⁴ Nonostante i requisiti ordinari di età anagrafica per l'accesso al pensionamento siano ormai superiori ai 65 anni (attualmente 66 anni e 7 mesi), si deve rimarcare come continuo a sussistere possibilità di pensionamento anticipate sulla base di requisiti contributivi (attualmente servono 42 anni e 10 mesi di contribuzione a prescindere dall'età per gli uomini e un anno in meno per le donne), di condizioni soggettive ritenute meritevoli di tutela (APE sociale) o di scelte individuali, che a fronte di una riduzione del trattamento pensionistico consentono l'anticipo della pensione (APE). Per tali ragioni il 65° anno di età può essere considerato un buon parametro di riferimento per ipotizzare l'uscita dal servizio per pensionamento.

hanno permesso di confrontare il numero dei cessanti con il numero dei potenziali candidati all'ingresso nel sistema pubblico. Al fine di effettuare una comparazione il più possibile aderente con la realtà sono state applicate tali ipotesi di fondo:

- Il tasso di successo per la laurea universitaria della Facoltà di medicina e chirurgia stabilito, in base alla serie storica disponibile, è definito nell'89,5% degli immatricolati nei 7 anni accademici precedenti (ad es. un immatricolato alla facoltà di medicina e chirurgia nel 2003/2004, terminerà il percorso universitario nel 2011 e sarà pronto per la scuola di specializzazione);
 - ai contratti di specializzazione stanziati dal MIUR vengono aggiunti una quota pari al 10% degli stessi, finanziati da Regioni e altri enti pubblici e privati;
 - Il tasso di successo delle specializzazioni viene considerato al 100% entro 5 anni.
- il numero annuale di specializzati non può essere utilizzato come dato assoluto per ipotizzare i possibili ingressi nel sistema in quanto non tutti i medici specializzati sono poi disponibili all'ingresso nel SSN come dipendenti (una quota di essi opta per il lavoro nel privato o nella libera professione, di fare esperienze professionali all'estero, altri ancora scelgono di entrare nel SSN nell'ambito delle convenzioni).
- Nella definizione dei parametri di proiezione nazionale, la percentuale stimata di specializzati per il SSN esclude una quota corrispondente all'incidenza del numero di posti letto del settore privato sul totale di disponibili nel settore sanitario (25%). Il possibile assorbimento dei medici neo-specializzati è quindi pari al 75%.

Gli elementi utili per elaborare il modello previsionale sono stati definiti - dopo la raccolta dei dati - attraverso una intensa attività di analisi e interpretazione in seno all'Osservatorio. L'impianto delle elaborazioni è stato inizialmente impostato su tre differenti scenari evolutivi del numero di cessanti (2018-2025) che sono state definiti sulla base del rapporto fra numero di cessati e numero di 65enni per anno calcolato sui dati raccolti dalle Aziende. Tale rapporto - definito nella ricerca coefficiente delta - rappresenta il coefficiente che lega le due variabili nella dinamica degli ultimi anni (2012-2017).

L'andamento di tale rapporto ha evidenziato una forte variabilità tra le Aziende e quindi un relativo andamento altalenante per anno. Al contempo sono stati definiti tre possibili scenari caratterizzati da tre diversi valori attribuiti al coefficiente delta appena descritto:

- Scenario Minimo (o positivo): coefficiente anno 2017 = 0,96
- Scenario Intermedio: coefficiente medio anni 2015-2017 = 1,35
- Scenario Massimo (o negativo): coefficiente medio anni 2012-2017 = 1,66

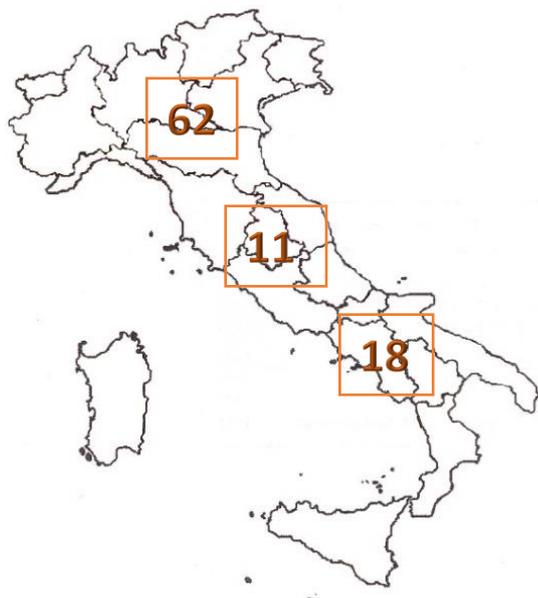
Le proiezioni sull'universo sono realizzate utilizzando il rapporto di rappresentatività campionaria. Dopo attente valutazioni e considerazioni in seno all'Osservatorio sulle elaborazioni dei tre scenari, si è ritenuto corretto utilizzare lo scenario intermedio per le proiezioni nazionali 2018-2015, anche al fine di neutralizzare le distorsioni provocate dagli effetti della Legge Fornero (rinvio di alcuni anni dei pensionamenti) che possono aver sovrastimato le cessazioni dal SSN in alcuni anni. Pertanto a seguire verranno riportate le analisi conseguenti al solo scenario considerato (coefficiente intermedio).

Nella *survey* è stato inoltre approfondito il numero delle assunzioni a tempo indeterminato, determinato ed incarichi libero-professionali registrate negli anni 2015, 2016 e 2017⁵, i contratti atipici attivi al 30.09.2017. E' stato chiesto un parere soggettivo nei riguardi di quali discipline venissero considerate come critiche in termini di reperimento del personale.

⁵ Sui valori del 2017 si è inserita una stima delle assunzioni a dicembre, avendo inoltrato la *survey* nei mesi precedenti la chiusura dell'anno.

Il *bias* principale della ricerca è rappresentato dalla limitatezza temporale della serie storica utilizzata (2012-2017) che non riesce a cogliere la variabilità del numero dei cessati in ciascun anno. Allo stesso tempo, le ipotesi fissate per il modello previsionale sono basate sulla realtà aziendale e possono essere aggiornate sulla base dell'andamento effettivo e dell'ampliamento dei dati a disposizione.

Descrizione del campione



Alla ricerca hanno partecipato 91 Aziende sanitarie e ospedaliere, pari al 44% dell'intero SSN: sono n. 52 ASL e ASST e n. 32 AO-AOU-IRCCS delle 193 Aziende esistenti sul territorio nazionale. Hanno inoltre preso parte alla ricerca n. 7 enti intermedi (n. 5 ATS e n. 2 Aziende Regionali). Le Aziende sono collocate n.62 al Nord, n.11 al Centro e n.18 al Sud Italia e appartengono a 18 Regioni (Abruzzo, Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Trentino Alto Adige, Valle d'Aosta e Veneto).

Risulta evidente una maggiore rappresentatività di Aziende del Nord Italia rispetto alle altre aree del paese: qui il campione raggiunge il 66% del SSN mentre si attesta al 34% del Centro e al 27% del Sud. Sotto questo profilo, occorre sottolineare come alcune Regioni del Nord siano rappresentate integralmente (Emilia-Romagna e Trentino Alto Adige) o comunque in misura estremamente significativa (Lombardia, Piemonte e Liguria).

Figura 1: Partecipazione su scala nazionale

Il dato di rappresentatività strutturale è sovrapponibile con quello del personale rilevato nel campione, come si può vedere dalla Tabella n. 1. Il totale dei dipendenti del campione risulta, infatti, nel 2017 pari al 44% dei dipendenti totali del SSN e al 40% del numero dei dirigenti medici in servizio.

Tabella n. 1 – Caratteristiche del campione

| | Numero dipendenti | | | Numero dirigenti medici in servizio | | |
|---------------------------------------|-------------------|---------------|--------|-------------------------------------|---------------|--------|
| | al 31/12/2011 | al 30/09/2017 | Diff % | al 31/12/2011 | al 30/09/2017 | Diff % |
| Totale Campione | 296.447 | 289.376 | -2,4% | 44.866 | 43.890 | -2,2% |
| 6Totale SSN Italia¹ | 682.541 | 653.352 | -4,3% | 115.449 | 110.850 | -4,1% |
| Incidenza % | 43,4% | 44,3% | | 38,9% | 39,6% | |

⁶ Conto Annuale della Ragioneria dello Stato - Ministero dell'Economia e Finanza Anno 2011 e 2015, ultimo dato disponibile (<http://www.contoannuale.tesoro.it/cognos1022/cgi-bin/cognosisapi.dll> [aggiornamento dic. 2017])

Dalla stessa tabella si può rilevare una contrazione del 4,3 % del personale SSN tra il 2011 e il 2017. La variazione risulta maggiore rispetto a quanto rilevato nello stesso periodo nel campione (2,4%), da imputare ad una minore rappresentatività delle Aziende in Regioni in piano di rientro. La stessa considerazione si può applicare alla dinamica sul numero dei dirigenti medici in servizio.

Rispetto al totale dei dipendenti del campione, nell'anno 2017 il 72% è personale che lavoro presso ASL o ASST, il 26% presso AO, AOU o IRCCS, il 2% presso gli enti intermedi.

La dinamica di uscita dal lavoro del personale medico (2012-2025)

Il primo dato della ricerca riguarda il numero dei medici fuoriusciti a vario titolo dal SSN⁷ nel periodo tra il 2012 e il 2017 (Tabella n.2 – riga A). In questo arco temporale di sei anni, 9.580 dirigenti medici hanno cessato il servizio dalle Aziende del campione, pari al 21% della popolazione della dirigenza medica in servizio al 31.12.2011. La proiezione di tale dato su base nazionale porta a stimare in 24.651 i dirigenti medici che hanno cessato il servizio, con una media di circa 4.100 medici per anno.

Il numero dei medici cessati (Tabella n.2 – riga A) mostra un andamento che oscilla negli anni: le variazioni registrate possono essere presumibilmente attribuite agli impatti della Legge 22 dicembre 2011 n. 214 (cd Legge Fornero), la quale ha incrementato i requisiti contributivi ed anagrafici richiesti per l'accesso al trattamento pensionistico ed ha, pertanto, comportato la posticipazione della decorrenza del pensionamento per molti dirigenti medici.

Per tali ragioni nella dinamica ordinaria di pensionamento del personale, nonostante interruzioni anticipate e prepensionamenti, il 65° anno può essere considerato un buon parametro di riferimento per stabilire l'uscita del servizio e di abilità alla professione. Il secondo dato richiesto alle Aziende è stato quindi quello del numero dei medici in servizio al 31/12/2011 che hanno compiuto 65 anni di età per anno (Tabella n.2 – riga B). Il dato serve per stabilire la correlazione ($\rho \neq 0$) con il personale effettivamente uscito nell'anno (Tabella n.2 – riga A) e l'impatto della piramide dell'età lavorativa del personale.

Tabella n. 2 - Medici in servizio al 31/12/2011 cessati dal servizio per anno e che hanno compiuto 65 anni (campione; 2012-2017)

| | Anno 2012 | Anno 2013 | Anno 2014 | Anno 2015 | Anno 2016 | Anno 2017 | Totale |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------|
| A. Medici cessati dal servizio in servizio al 31/12/2011 per anno | 1.550 | 1.120 | 1.263 | 1.919 | 1.717 | 2.011 | 9.580 |
| B. Medici in servizio al 31/12/2011 che hanno compiuto 65 anni di età per anno | 422 | 514 | 672 | 877 | 1.216 | 2.087 | 5.788 |

⁷ Alle Aziende partecipanti alla ricerca è stato richiesto il numero totale di medici che hanno cessato il servizio e non soltanto il numero di medici che lo ha fatto perché aveva raggiunto i requisiti per il trattamento pensionistico. Sotto questo profilo, le cause delle cessazioni sono state ricondotte a tali eventualità: a) Dimissioni con pensionamento, b) Collocamento a riposo per limiti di età, c) Risoluzione unilaterale, d) Risoluzione consensuale, e) Inabilità, f) Decesso, g) Licenziamento, h) Altre cause di cessazione. Dai dati rilevati risulta che quattro medici cinque cessano il servizio per questioni collegate al pensionamento, uno su cinque per altre ragioni. Questo dato per essere significativo andrebbe confrontato con lo stesso dato di altri settori. Si tenga comunque presente che si è richiesto di indicare solo i medici che uscivano dal sistema sanitario pubblico, le Aziende quindi non dovevano indicare le cessazioni per mobilità o per vincita di concorso in altro Ente del SSN.

| | | | | | | | |
|---|------|------|------|------|------|------|-------------|
| C. Rapporto (Coefficiente delta=A/B) | 3,67 | 2,18 | 1,88 | 2,19 | 1,41 | 0,96 | 1,66 |
|---|------|------|------|------|------|------|-------------|

I dati mostrano una dinamica in forte e sostenuta evoluzione: da 422 medici che compivano 65 anni nel 2012 si è passati a 2.087 nel 2017 con un andamento in costante crescita. È il risultato del progressivo invecchiamento della popolazione lavorativa e del raggiungimento del pensionamento della classe generazionale più numerosa nella piramide dell'età del personale medico, quella dei baby boomers nati tra la fine del '40 e l'inizio degli anni '50. Il dato risulta piuttosto significativo per orientarsi nella dinamica sui volumi di uscita dal servizio del personale sanitario, di cui una fetta importante si è avvicinata e si avvicinerà presto al pensionamento. Questo effetto si cumula al numero di medici che fuoriescono in via anticipata dal servizio e che portano - fino al 2016 - a registrare un numero di uscite dal SSN sempre maggiore del numero di medici che raggiunge il limite di età di 65.

La proiezione su scala nazionale porta a 14.894 il numero dei medici che hanno compiuto 65 anni in questo intervallo temporale, pari al 13% della popolazione medica presente nel SSN al 31.12.2011.

Il rapporto tra le cessazioni effettive totali e il numero di 65enni per anno (Tabella n.2 – riga C) determina un indice (δ) che mostra, infatti, come ad eccezione dell'anno 2017, il coefficiente sia sempre superiore a 1 ovvero il numero dei cessati totali è sempre maggiore al numero dei medici che hanno compiuto sessantacinque anni. L'andamento crescente registrato sul numero dei medici che compiono 65 anni si riproduce in un andamento decrescente di questo indicatore: il numero degli over65 presenti in Azienda cresce molto più velocemente e costantemente anno dopo anno rispetto al numero delle cessazioni che mostra un andamento oscillante dal 2012 in avanti.

Per stabilire l'impatto futuro del personale che compirà il 65° anno di età al numero di cessazioni è stato richiesto alle Aziende il numero di personale medico che raggiungerà tale limite nel periodo 2018-2025 rispetto al totale dei medici in servizio al 30/09/2017.

Tabella n. 3 - Medici in servizio nel 2017 che compiono 65 anni per anno (campione; 2018-2025)

| | Anno 2018 | Anno 2019 | Anno 2020 | Anno 2021 | Anno 2022 | Anno 2023 | Anno 2024 | Anno 2025 | Totale |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------|--------------|---------------|
| Medici in servizio al 30/09/2017 che compiono 65 anni di età | 2.245 | 1.701 | 1.907 | 2.209 | 2.104 | 2.115 | 1.969 | 1.688 | 15.938 |

In tal modo si arriva alle proiezioni sull'intero SSN riportate nella **Tabella n. 4**. Nella prima colonna vengono riportate le proiezioni nazionali dai dati reali del campione sul numero totale dei medici che compiono 65 anni nel periodo 2012-2025. Nella seconda colonna le stesse proiezioni vengono riprodotte per le cessazioni dal servizio per il periodo 2012-2017 mentre per il periodo 2018-2025 vengono poi stimate applicando il coefficiente delta che riproduce lo scenario intermedio di uscita dal servizio per i prossimi anni (+35% per anno rispetto al numero di medici 65enni).

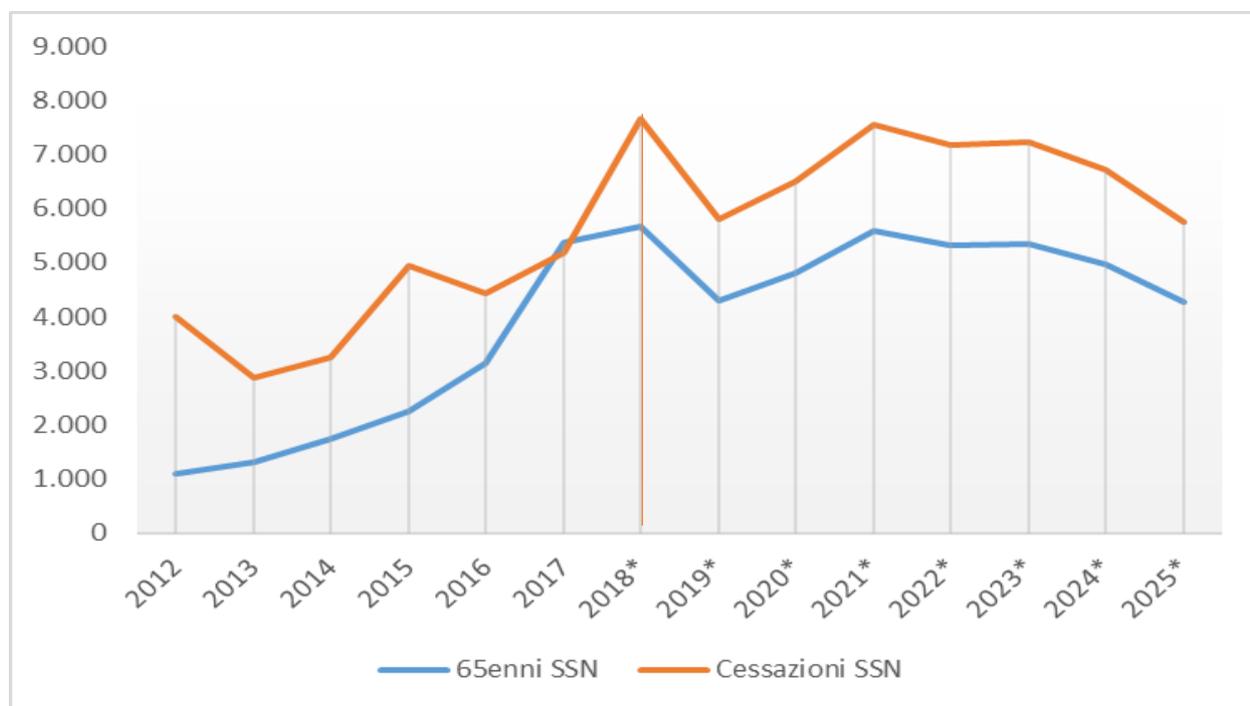
Tabella n. 4 – Medici 65enni e cessazioni medici (SSN; 2012-2025)

| Anno | 65enni SSN | Cessazioni medici SSN |
|-------------|------------|-----------------------|
| 2012 | 1.086 | 3.988 |
| 2013 | 1.323 | 2.882 |
| 2014 | 1.729 | 3.250 |
| 2015 | 2.257 | 4.938 |

| | | |
|----------------------|---------------|---------------|
| <i>2016</i> | 3.129 | 4.418 |
| <i>2017</i> | 5.370 | 5.175 |
| <i>2018*</i> | 5.670 | 7.660 |
| <i>2019*</i> | 4.296 | 5.804 |
| <i>2020*</i> | 4.816 | 6.507 |
| <i>2021*</i> | 5.579 | 7.537 |
| <i>2022*</i> | 5.314 | 7.179 |
| <i>2023*</i> | 5.342 | 7.216 |
| <i>2024*</i> | 4.973 | 6.718 |
| <i>2025*</i> | 4.263 | 5.759 |
| <i>Totale</i> | | |
| <i>2012-2017</i> | 14.894 | 24.651 |
| <i>2018-2023*</i> | 31.017 | 41.903 |
| <i>2018-2025*</i> | 40.253 | 54.380 |

* per il periodo 2012-2017 vengono proiettati i dati reali del campione per entrambe le variabili (65enni SSN e Cessazioni medici SSN). Per il periodo 2018-2025 vengono proiettati i dati del campione per il numero dei 65enni mentre per proiettare e stimare le cessazioni dei medici è stato applicato il parametro di scenario intermedio adottato ($\Delta=1,35$)

Grafico n. 2 - Andamento Dirigenti Medici 65+ e cessazioni (SSN; 2012-2025)



Dalla Tabella n.4 e dalla sua elaborazione grafica (Grafico n. 2) e secondo lo scenario considerato per il periodo 2018-2025, si può considerare che

- il numero di medici che ha compiuto 65 anni dal 2012 al 2017 corrispondeva al 13% dei medici in servizio nel 2011. Prendendo in considerazione lo stesso arco temporale, nei prossimi sei

anni 2018-2023, tale percentuale si attesta al 28% dei medici in servizio nel 2017: in altre parole, il numero di lavoratori medici “anziani” sarà nei prossimi sei anni più del doppio di quanto è stato negli ultimi sei in proporzione alla totalità di dirigenti medici in servizio rilevati all’inizio di ciascun periodo. Questo inevitabilmente porta a ritenere che il numero dei cessanti nei prossimi anni sarà considerevolmente superiore. Tra il 2018 e il 2025 il valore viene proiettato fino al 36% dei medici in servizio nel 2017;

- tra il 2018 e il 2025, il personale medico in uscita dal SSN viene stimato pari al 49% dei medici in servizio al 30/09/2017; il valore per i corrispondenti prossimi sei anni - 2018-2023 - corrisponde al 38% dei medici in servizio al 30/09/2017 in forte crescita rispetto al personale medico fuoriuscito negli ultimi sei anni (2012-2017) che corrispondeva al 21% dei medici in servizio al 31/12/2011;
- in termini numerici, tra il 2012 e il 2017 si sono verificate poco più di 24 mila cessazioni, con una media di 4.100 medici per anno circa; tra il 2018 e il 2025, a fronte di 40.253 medici che compiranno 65 anni nel periodo, oltre 54 mila cesseranno dal servizio con una media di 6.798 per anno.

Percezione delle Aziende sulle discipline più critiche

Tra le principali motivazioni che hanno mosso la ricerca, vi è stato l’allarme lanciato da diverse realtà sanitarie italiane riguardo la mancata partecipazione di candidati a bandi di concorso per un numero progressivamente crescente di discipline. Le azioni conseguenti adottate nelle Aziende hanno contemplato nell’immediato anche in soluzioni tampone (conferimento incarichi libero-professionali, esternalizzazione attività, riduzione o addirittura chiusura di servizi), ma, in una prospettiva di breve-medio periodo, devono andare nella direzione di un’innovazione nei modelli organizzativi e di uno sviluppo delle competenze del personale del SSN.

Al fine di sondare la situazione concreta ed attuale presente nel sistema, la ricerca ha quindi proposto alle Aziende partecipanti anche una domanda di percezione. Le Aziende sono state invitate ad indicare, fino a un massimo di 10, le discipline ritenute più critiche in termini di reclutamento del personale, sulla base dell’esperienza vissuta degli ultimi anni.

Nella **Tabella n.5**, la rilevanza delle principali dieci discipline critiche è stata riscontrata sulla base della frequenza delle risposte espresse dalle Aziende con personale inquadrato nella specifica disciplina. A titolo esemplificativo, tra le 59 Aziende rispondenti a questa domanda, n. 55 hanno dichiarato di avere almeno 1 dirigente medico inquadrato nella disciplina “Anestesia e Rianimazione” e n. 53 hanno espresso soggettiva difficoltà nel reperimento di altro personale in questa specifica disciplina, La percentuale quindi delle Aziende che rilevano una criticità nel reclutamento di anestesisti, tra quelle che ne hanno in servizio, è pari ad oltre il 96%. Analoga impostazione è stata applicata per tutte le altre discipline. La tabella riporta le prime discipline in termini di criticità con un *cut-off* del 20%.

Tabella n. 5 – Discipline critiche su piano soggettivo per reclutamento del personale nei prossimi anni

| | Aziende con dipendenti che hanno manifestato criticità n=59 | Criticità espresse dalle Aziende con relativo personale | % |
|--------------------------|--|---|-----|
| ANESTESIA E RIANIMAZIONE | 55 | 53 | 96% |
| MED. E CHIR. ACCETTAZ. | 51 | 44 | 86% |

| | | | |
|------------------------------|----|----|-----|
| E D'URG. | | | |
| PEDIATRIA | 56 | 39 | 70% |
| ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | 53 | 26 | 49% |
| GINECOLOGIA E OSTETRICIA | 53 | 23 | 43% |
| NEONATOLOGIA | 34 | 12 | 35% |
| RADIODIAGNOSTICA | 54 | 19 | 35% |
| NEUROPSICH.INFANTILE | 45 | 11 | 24% |
| MEDICINA INTERNA | 55 | 12 | 22% |
| PSICHIATRIA | 46 | 10 | 22% |
| CARDIOLOGIA | 55 | 11 | 20% |

Discipline critiche per numero di cessazioni attese

Il tema dell'aumento delle cessazioni di medici attese per i prossimi anni è stato approfondito ulteriormente suddividendole per singola disciplina anziché considerandole in modo aggregato, ponendo le basi per identificare i fabbisogni specialistici per singola disciplina nel periodo 2018-2025. Per stabilire le aree specialistiche critiche in termini di fabbisogno, il dato del totale dei cessanti è stato valutato in termini assoluti e per l'impatto percentuale sull'attuale numero dei medici in servizio nella disciplina presa in considerazione.

Nella seguente Tabella n. 6 vengono riportate le prime 15 discipline per valore assoluto di cessanti attesi nel periodo considerato.

Tabella n. 6 - Prime 15 discipline per numero di cessazioni in valori assoluti (SSN; 2018-2025)

| | <i>A. Totale medici cessanti SSN 2018-2025</i> | <i>Media annua</i> | <i>B. Totale Medici SSN in servizio 2017</i> | <i>C. Cessanti per disciplina (A/B)</i> |
|---|--|------------------------|--|---|
| ANESTESIA E RIANIMAZIONE | 4.715 | 589 | 12.815 | 37% |
| MEDICINA INTERNA | 4.275 | 534 | 8.426 | 51% |
| CHIRURGIA GENERALE | 3.323 | 415 | 6.006 | 55% |
| PSICHIATRIA | 2.832 | 354 | 5.046 | 56% |
| CARDIOLOGIA | 2.593 | 324 | 5.872 | 44% |
| ORGANIZZ.SERV.SAN.DI BASE | 2.470 | 309 | 2.470 | 100% |
| RADIODIAGNOSTICA | 2.375 | 297 | 6.456 | 37% |
| MED. E CHIR. DI ACCETTAZ. E D'URG. | 2.327 | 291 | 6.564 | 35% |
| GINECOLOGIA E OSTETRICIA | 2.262 | 283 | 4.819 | 47% |
| IGIENE EPIDEM.E SAN.PUBBL. | 2.242 | 280 | 2.420 | 93% |
| ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | 1.924 | 241 | 4.384 | 44% |
| PEDIATRIA | 1.778 | 222 | 4.450 | 40% |
| PATOLOGIA CLINICA (LAB. AN.C.C.M.) | 1.314 | 164 | 1.629 | 81% |
| NEFROLOGIA | 1.181 | 148 | 2.134 | 55% |
| MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE | 1.071 | 134 | 1.826 | 59% |

| | | | | |
|-------------------|---------------|--------------|----------------------------|------------|
| | | | | |
| TOTALE SSN | 54.380 | 6.798 | 110.850⁸ | 49% |

Dalla lettura della Tabella n. 6 è possibile avanzare qualche considerazione:

- rispetto alla Tabella n. 5, la percezione soggettiva delle aziende risulta sostanzialmente confermata e coerente con il numero delle cessazioni attese, in particolare viene confermato il ruolo preminente di Anestesia e la presenza di tutte le principali criticità dichiarate; da rilevare invece che le aziende non reputano critiche alcune situazioni (soprattutto le discipline di organizzazione ed igiene) che pure hanno un andamento di cessazioni davvero importante, evidentemente questo è correlato ad attività di riorganizzazione che rendono meno grave il ridimensionamento di tali discipline e/o ad una comprensibile maggiore attenzione verso le discipline direttamente coinvolte nelle attività sanitari;
- tra le prime quindici discipline, tre di esse (Organizzazione servizi sanitari di base, Igiene epidemiologia e sanità pubblica e Patologia clinica), presentano una percentuale di cessazioni sul totale dei medici attualmente in servizio molto elevata: tra l'81% e il 100% dei medici specializzati attualmente in servizio in queste discipline non sarà più disponibile nel 2025, scontando un dato generazionale collegato a tali specialità;
- maggiore preoccupazione suscita la situazione in altre discipline che si caratterizzano per un fabbisogno molto elevato e/o crescente a fronte di un numero molto alto di cessazioni annue (in particolare Anestesia, Medicina interna, Psichiatria, Cardiologia, Radiodiagnostica, Ortopedia, Ginecologia, Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza).

Possibili futuri ingressi dalle scuole di specializzazione

Fino ad ora è stato analizzato il tema delle uscite dei medici dal sistema nel medio-lungo periodo (2018-2025). Questo dato tuttavia non è in grado di fornire un quadro completo della situazione relativa alla consistenza numerica della dirigenza medica disponibile nei prossimi anni se non viene integrato con l'analisi dei possibili futuri ingressi.

Con tali premesse metodologiche, la **Tabella n.7** confronta, a livello aggregato, il numero dei potenziali specializzati entranti nel sistema tra il 2015 e il 2022 con i dirigenti medici stimati in uscita (vedi Tabella n. 4). In particolare, nella prima colonna A, vengono riportati il numero di medici specializzati disponibili per anno che è stato elaborato a partire dal numero di contratti di specializzazione attivati dal DM relativo nei 5 anni accademici precedenti maggiorato del 10% che sono i posti resi disponibili dall'integrazione di contratti regionali. Si presume, infatti, che ad es. uno specializzando entrato nella scuola nell'anno accademico 2012-2013 sarà specializzato e pronto per l'eventuale assorbimento nel SSN nel 2018. Nella seconda colonna B, il valore appena descritto è considerato al 75%, per ogni anno come quota di specialisti disponibili per il SSN. Quest'ultimo dato può essere ora messo in relazione con la terza colonna rispetto alle proiezioni e alle stime di personale medico in uscita dal servizio per poter stabilire il potenziale differenziale nell'ultima colonna che può esprimere il fabbisogno rispetto all'attuale assetto organizzativo.

⁸ La prova della verosimiglianza delle stime è data dal fatto che: il valore del conto annuale su dirigenti medici in servizio al 31.12.2015 ultimo disponibile è pari a 110.850. Il valore per il 2017 derivato dallo stimatore della popolazione è 109.582. Si è preferito mantenere nelle elaborazioni il dato ufficiale.

Tabella n. 7 – Medici specializzati disponibili per SSN in relazione ai cessati dal servizio per anno (SSN; 2015-2022)

| Anno | A. Medici Specializzati | B. Specializzati disponibili SSN (75% A) | C. Cessati e cessanti SSN | Diff. (B-C) |
|------|-------------------------|--|---------------------------|-------------|
| 2015 | 5.500 | 4.125 | 4.938 | -813 |
| 2016 | 5.500 | 4.125 | 4.418 | -293 |
| 2017 | 5.500 | 4.125 | 5.175 | -1.050 |
| 2018 | 4.950 | 3.713 | 7.660 | -3.947 |
| 2019 | 5.500 | 4.125 | 5.804 | -1.679 |
| 2020 | 6.600 | 4.950 | 6.507 | -1.557 |
| 2021 | 6.746 | 5.060 | 7.537 | -2.477 |
| 2022 | 6.715 | 5.036 | 7.179 | -2.143 |

Fonte: elaborazione FLASO su dati FLASO e Ministero della Salute (2017)

Dalla Tabella n. 8, si può immediatamente considerare come le criticità nel reclutamento di medici siano inevitabilmente destinate ad aumentare nel prossimo futuro, se infatti il differenziale tra uscite e possibili ingressi era in media di alcune centinaia all'anno nel triennio 2015-2017, diventa di oltre 2.000 nel quinquennio 2018-2022 con un picco di quasi 4.000 nell'anno 2018.

L'elaborazione aggregata esposta nella Tabella n. 8 può quindi essere proposta per tipologia di disciplina come mostra la **Tabella n. 8** con un focus su 11 discipline critiche con dati eterogenei in termini di differenza tra cessanti attesi della popolazione e specializzati disponibili nel periodo considerato. Nella prima colonna è riportato il totale dei cessanti attesi per disciplina fino al 2022 (vedi Tabella n. 6), nella seconda la somma dei contratti di specializzazione che verranno conseguiti negli anni 2018-2022, nella terza la stima degli specializzati potenzialmente disponibili ad entrare nel sistema pubblico ed infine, nell'ultima colonna, la differenza tra potenziali medici assumibili e cessanti attesi.

Tabella n. 8 – Medici specializzati disponibili nel SSN in relazione ai cessati dal servizio per le principali discipline cliniche critiche (SSN; 2018-2022)

| | A. Totale Cessanti 2018-22 | B. Totale Specializzati 2018-2022 | C. Specializzati disponibili SSN (75% B) | Diff. A-C |
|------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|--|---------------|
| MEDICINA INTERNA | 2.702 | 1.419 | 1.064 | -1.638 |
| MED. E CHIR. DI ACCETTAZ. E D'URG. | 1.423 | 457 | 343 | -1.080 |
| CHIRURGIA GENERALE | 2.269 | 1.640 | 1.230 | -1.039 |
| PSICHIATRIA | 1.733 | 1.072 | 804 | -929 |
| ANESTESIA E RIANIMAZIONE | 2.835 | 2.887 | 2.165 | -670 |
| CARDIOLOGIA | 1.668 | 1.450 | 1.088 | -580 |
| GINECOLOGIA E OSTETRICIA | 1.494 | 1.312 | 984 | -510 |
| ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | 1.232 | 1.128 | 846 | -386 |
| RADIODIAGNOSTICA | 1.488 | 1.886 | 1.415 | -73 |

Nella lettura della Tabella n. 8, occorre precisare che il valore positivo attribuito alla Pediatria è soltanto apparente perché in realtà in questo caso l'incidenza degli specialisti disponibili alla dipendenza è molto inferiore, a fronte della possibilità di accedere alla convenzione come PLS, che viene scelta da un numero molto significativo di neo specialisti (e di dipendenti già in servizio).

Se i dati riportati nella Tabella n. 8 possono essere considerati l'espressione di domanda di formazione specialistica, si prendano allora i dati dei contratti di formazione specialistica annualmente banditi per confrontarlo con il numero di laureati per stabilire se l'offerta attualmente programmata sia coerente.

In tale prospettiva, nella Tabella n. 9 sono stati presi in considerazione, nella seconda colonna (B.), come potenziali candidati alle scuole di formazione specialistica, i laureati alla facoltà di Medicina e Chirurgia effettivi per ciascun anno fino al 2017 e quelli stimati fino al 2025 sulla base dei numeri effettivi delle immatricolazioni universitarie e del tasso di successo universitario della Facoltà di medicina e chirurgia nei 7 anni accademici precedenti. La Tabella n. 9 mostra, quindi, la relazione tra potenziali laureati della Facoltà di medicina e chirurgia e il numero di contratti di specializzazione attivati per anno.

Tabella n. 9 – Medici specialisti disponibili in relazione al numero delle immatricolazioni universitarie e dei laureati (SSN; 2018-2022)

| ANNO | A. Immatricolati (7 A.A. precedenti) | B. Laureati facoltà di medicina e chirurgia* | C. Contratti banditi per specializzazioni | Diff. (B-C) |
|-----------|--------------------------------------|--|---|-------------|
| 2010/2011 | 7.482 | 6.696 | 5.500 | 1.196 |
| 2011/2012 | 7.466 | 6.682 | 5.500 | 1.182 |
| 2012/2013 | 7.424 | 6.644 | 4.950 | 1.694 |
| 2013/2014 | 7.387 | 6.611 | 5.500 | 1.111 |
| 2014/2015 | 7.366 | 6.593 | 6.600 | -7 |
| 2015/2016 | 7.788 | 6.970 | 6.746 | 224 |
| 2016/2017 | 8.075 | 7.227 | 6.715 | 512 |
| 2017/2018 | 9.527 | 8.527 | | |
| 2018/2019 | 10.464 | 9.365 | | |
| 2019/2020 | 10.173 | 9.105 | | |
| 2020/2021 | 10.157 | 9.091 | | |
| 2021/2022 | 9.983 | 8.935 | | |
| 2022/2023 | 9.530 | 8.529 | | |
| 2023/2024 | 9.224 | 8.255 | | |
| 2024/2025 | 9.100 | 8.145 | | |

Fonte: elaborazione FLASO su dati FLASO e Ministero della Salute (2017)

Nota: * 89,5% degli immatricolati nei sette anni accademici precedenti

È utile ricordare che questa analisi ha considerato esclusivamente i medici dipendenti e le specializzazioni richieste per accedere alla dipendenza. Tuttavia, alla differenza riportata nell'ultima colonna, deve essere sottratto il numero dei candidati che annualmente vince il concorso di ammissione alla scuola di formazione per Medici di Medicina Generale, nell'ordine di circa 1.000 contratti per anno.

Dalla tabella n. 9 emerge quindi che in realtà non c'è una sostanziale differenza tra laureati in Medicina e Chirurgia e i posti disponibili in specialità. Anzi considerando i posti disponibili per l'accesso alla scuola di formazione per Medici di Medicina Generale (circa 1.000 all'anno con una proposta per portare tale numero a 2.000 all'anno così da compensare le cessazioni dal servizio dei MMG), il numero di laureati annui non sarebbe neppure sufficiente a coprire tutti i posti nelle scuole di specializzazione. Le motivazioni all'eccesso di domande che ogni anno si verifica per l'ingresso in specialità devono quindi essere ricondotte al trascinarsi degli anni precedenti e non alla situazione attuale di una sovrabbondanza di neolaureati.

Considerazioni conclusive e possibili proposte

La ricerca FIASO sull'“Andamento del personale medico dipendente all'interno del SSN nel periodo 2018/2025” ha alcune caratteristiche distintive:

- è espressione diretta e rappresentativa della realtà gestionale del servizio sanitario;
- è stato oggetto di un lungo e approfondito percorso di approfondimento, riflessione, scelte condivise mosso ed elaborato dall'Osservatorio Fiaso “Politiche del personale”, definito dal Comitato Direttivo, presentato in anteprima nella giornata di avvio del Network professionale Fiaso sul personale lo scorso maggio;
- le principali scelte metodologiche che hanno determinato il quadro previsionale proposto sono state definite dopo l'analisi dei risultati della ricerca e del confronto interaziendale e con la Direzione delle Professione Sanitarie del Ministero della Salute;
- viene sostenuta da una straordinaria partecipazione e rappresentatività del sistema delle Aziende sanitarie (circa metà dell'universo del SSN);
- offre un quadro originale e aggiornato per singola disciplina medica e al contempo propone soluzioni che investono le organizzazioni nel breve periodo ma che influenzano direttamente le pianificazioni di medio e lungo periodo come quelle che caratterizzano la formazione medico-specialistica (dall'immatricolazione al diploma di specializzazione si stima 12 anni).

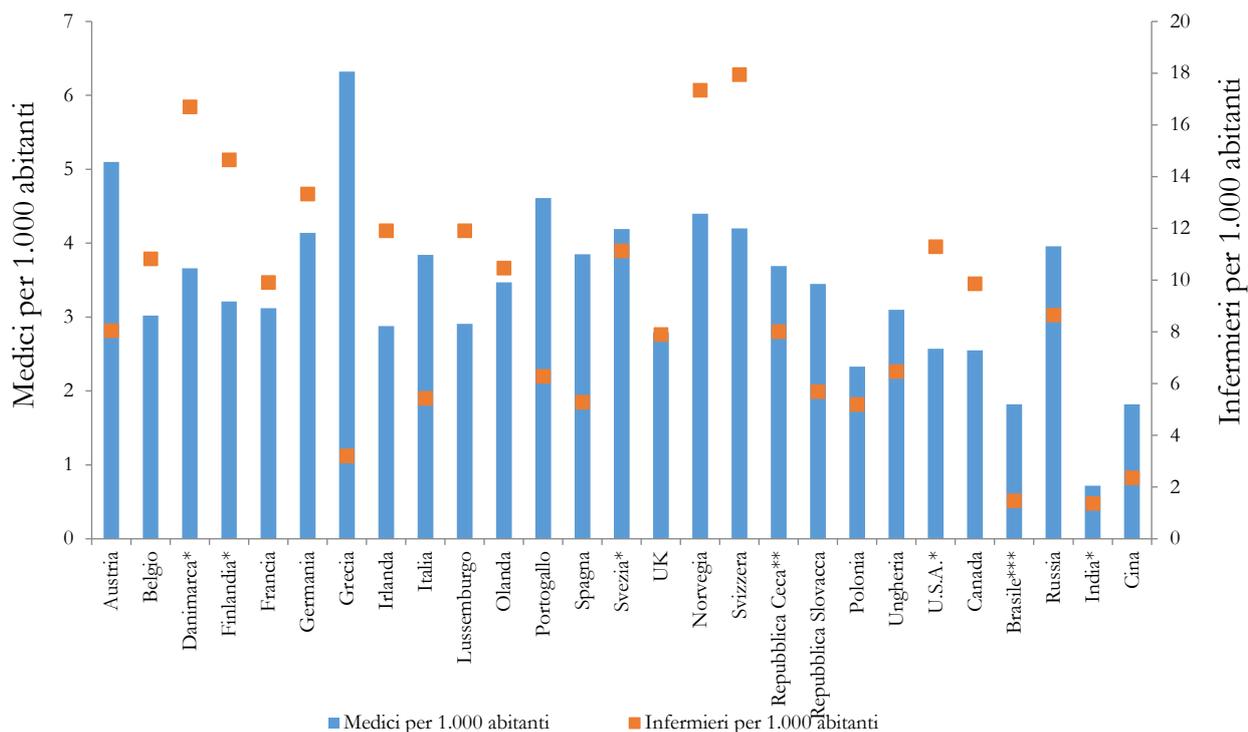
I dati elaborati e le riflessioni maturate dalla realtà aziendale permettono di avanzare alcune considerazioni conclusive:

- nei prossimi anni il numero di medici in possesso del diploma di specializzazione disponibili ad entrare nel SSN sarà sensibilmente inferiore al numero di dirigenti medici attualmente in servizio che uscirà dal SSN.
- Le evidenze cumulate dalle proiezioni e le stime effettuate nel modello di previsione consegnano un quadro estremamente critico ma in cui è irrealistico intervenire solo con politiche di medio-lungo periodo rispetto a necessità e urgenza di intervento immediato: misure come, ad esempio, l'aumento dei posti per immatricolazioni nella Facoltà di medicina o dei contratti di specializzazione porterà i primi risultati, rispettivamente entro 12 o 5 anni.
- L'impatto dei dati è molto significativo: se infatti negli ultimi anni trascorsi (2012-2017) le Aziende sanitarie hanno avuto, e hanno tuttora, grandi difficoltà a reperire i medici anche quando il numero degli specializzati nell'anno è stata superiore ai cessati (e il numero degli

specializzati ritenuti disponibili ad entrare nel sistema era poco inferiore alle uscite), questa difficoltà è destinata ad aumentare nei prossimi anni (2018-2025) quando il numero degli specializzati sarà molto inferiore rispetto al numero di cessazioni. Se poi i medici specialisti disponibili si presentassero alle selezioni solo delle Aziende più attrettative il problema diventa ancora più esplosivo per le parti più periferiche del sistema.

- non si parte da una situazione di equilibrio tra le discipline, già ora alcune sono in sofferenza e hanno posti non coperti (sicuramente Anestesia, Ortopedia, Medicina e Chirurgia d'urgenza e d'emergenza e Pediatria ma probabilmente anche altre), così che le difficoltà dei prossimi anni andranno a sommarsi con un effetto potenzialmente molto preoccupante per la tenuta del sistema.
- Ciò significa che le Aziende devono intervenire subito attraverso nuovi modelli organizzativi e modifiche strutturali per far fronte alla penuria medica e garantire i bisogni assistenziali alla popolazione, consentendo di mantenere e migliorare gli attuali livelli qualitativi del SSN.
- Sotto quest'ultimo profilo, il processo di riorganizzazione del lavoro comporterà una ulteriore aggravante se si decidesse di intervenire con politiche di allargamento del numero nelle scuole di specializzazione: quando il personale medico sarà disponibile sul mercato del lavoro – anche in una prospettiva di medio periodo tra cinque anni– il mondo delle organizzazioni sarà necessariamente cambiato essendosi adattato per far fronte ad una dimensione ridotta della componente medica attualmente disponibile e sarà difficile un futuro assorbimento coerente con il mix di competenze che nel frattempo si sarà andato affermando;
- Nel ricercare soluzioni che affrontino la questione della penuria medica non appare quindi corretto associare automaticamente uscite ed ingressi come presupposto per la definizione del fabbisogno futuro di medici; bisogna piuttosto mettere in fila politiche di breve, medio e lungo periodo definendone le priorità e facendone una preventiva analisi di fattibilità
- Occorre, inoltre, considerare – come si può vedere nel Grafico n. 3 - come il numero dei medici attivi per abitante in Italia sia superiore a quello della maggioranza dei paesi con un servizio sanitario comparabile a quello del nostro paese, così come è noto come sia sensibilmente più basso il rapporto tra personale infermieristico e tecnico/sanitario e quello medico.

Grafico n. 3 - Numero di medici e infermieri ogni 1.000 abitanti (2015 o ultimo anno disponibile)



Note: * 2014; **2013; ***2010. Il numero di infermieri per gli U.S.A. è riferito al 2015.

Fonte: Elaborazioni OASI su dati OECD 2017

- Infatti, tra le soluzioni proposte per affrontare il potenziale *shortage* del personale specialistico, l'incremento del numero di contratti di formazione specialistica è una di quelle che ricorrono più spesso. Il presupposto di tale proposta poggia anche sulla considerazione che un numero elevato di laureati in Medicina e Chirurgia non riesca poi ad accedere alle scuole di specializzazione e che quindi sarebbe sufficiente incrementarne i posti per assorbire questo contingente di medici e consentire al SSN di contare su un numero sufficiente di specializzati. La ricerca ha dimostrato che i laureati annui in Medicina e Chirurgia non sono sufficienti a rimpiazzare le uscite dal sistema; anche se tutti i laureati fossero disponibili a diventare medici dipendenti o convenzionati con il SSN, cosa evidentemente impossibile, non basterebbero a compensare le cessazioni di dipendenti e convenzionati dei prossimi anni.

Il tema pertanto è quello di fare una valutazione complessiva del fabbisogno dei medici, andando a ragionare sulle competenze presenti, su come sono utilizzate e su come potrebbero esserlo più utilmente da subito o nei prossimi anni. Ciò impatta sui contenuti del sistema formativo, sulle disposizioni contrattuali e legislative in merito alle funzioni e alle responsabilità delle diverse figure professionali esistenti nel sistema.

Si tratta di questioni non semplici ma che sono imprescindibili se si vuole ragionare in termini costruttivi e di valore aggiunto e non meramente allarmistici o rivendicativi, questi sono i temi che intende porre ed approfondire FIASO.

Senza un repentino cambiamento nelle politiche del personale e innovazione nei modelli organizzativi, il rischio immediato è che nei prossimi anni nel sistema sanitario sia messa a repentaglio l'erogazione dei servizi, andando inoltre ad aumentare le situazioni di disuguaglianza e squilibrio già esistenti tra grandi ospedali universitari/piccole o medie strutture ospedaliere; aree metropolitane/aree periferiche o

montane; regioni “ricche”/regioni in piano di rientro e rischiando di compromettere l’equità complessiva del sistema.

Di seguito vengono riportate, per aree di intervento, possibili soluzioni formulate dall’Osservatorio FIASO per affrontare lo stato attuale e prospettico del cambiamento del capitale umano a disposizione del settore sanitario. Le soluzioni vengono presentate con l’indicazione di:

° proposta già realizzabile con l’attuale assetto normativo

* proposta realizzabile con modifiche all’assetto normativo

1) OPPORTUNITA’ DAI NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI: IMPLEMENTAZIONE E DIFFUSIONE BUONE PRATICHE REALIZZATE

- a. Superamento di modelli organizzativi verticali (vedi dipartimenti) a favore di logiche orizzontali che valorizzino i processi, la multidisciplinarietà e l’integrazione professionale nelle attività di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza°;
- b. Attivazione e implementazione delle piattaforme per intensità di cura e complessità assistenziale, orientate all’attività per aree omogenee così da favorire una integrazione dei professionisti coinvolti, un’ottimizzazione delle attività offerte ed erogate ed il riordino delle strutture°;
- c. Piena applicazione di quanto previsto dal DM 70°;
- d. Promozione, valorizzazione e utilizzo della tecnologia a supporto delle attività proprie dei servizi sanitari, dovranno in particolare essere implementate: I) la tecnologia strumentale di ultima generazione; II) telemedicina e teleriferazione; III) robotistica e interventi a distanza; IV) software e piattaforme gestionali°;

2) PROPOSTE INDIRIZZATE ALL’ANALISI E SVILUPPO DELLE COMPETENZE ESISTENTI NEL SISTEMA E A FAVORIRE UNA LORO REDISTRIBUZIONE ANCHE ATTRAVERSO SPECIFICI INTERVENTI NORMATIVI

- a. Sperimentazioni volte a valorizzare maggiormente le funzioni garantite da figure professionali sia della dirigenza (es. biologi, chimici, psicologi) che del comparto (infermieri e professioni sanitarie in genere). In sostanza si tratta di consentire a queste figure professionali (attualmente disponibili sul mercato del lavoro) di svolgere appieno le loro attività, utilizzando nel contempo i medici solo per le parti più qualificanti e strategiche delle loro funzioni*;
- b. Sviluppo e implementazione di reparti a gestione infermieristica per la gestione e l’assistenza dei pazienti cronici e/o in fase subacuta°;
- c. modelli di cure intermedie a gestione infermieristica°;
- d. Introduzione di nuove specializzazioni in ambito delle professioni sanitarie per supportare i modelli organizzativi (master gestionali e specialistici a seconda delle necessità)*;
- e. Adeguamenti legislativi o contrattuali che consentano al personale del comparto di svolgere attività che già ora fanno parte del loro bagaglio formativo e culturale (es. ecografie, doppler, anestesia etc..)*;

- f. Attuazione degli strumenti contrattuali che consentono l'effettiva attivazione di un percorso di carriera per il personale del comparto (Incarichi di funzione di tipo trasversale)^o;
 - g. Definizione di percorsi di carriera differenziati per ambito professionale e gestionale^o;
- 3) PROPOSTE RELATIVE AD UNA MAGGIORE INTEGRAZIONE DEI MEDICI PRESENTI NEL SISTEMA ANCHE CON RAPPORTI DI LAVORO DIVERSI DALLA DIRIGENZA
- a. Favorire l'integrazione attraverso una revisione di CCNL, ACN e della normativa vigente tra medici ospedalieri, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta nonché medici specialisti ambulatoriali (attraverso allineamento dei differenti accordi contrattuali del personale medico) al fine di assicurare un *continuum* tra ospedale e territorio (creazione AFT, UCCP, dimissioni protette)*;
 - b. Sviluppare modelli di integrazione tra pediatria di libera scelta, medicina di base (associati in AFT/UCCP) e medici ospedalieri: ad es. programmazione diretta di visite specialistiche/esami diagnostici per garantire l'appropriatezza delle cure^o;
 - c. Potenziare il raccordo dell'attività dei medici specialisti ambulatoriali con le attività ospedaliere, prevedendo una stretta cooperazione con i medici ospedalieri^o;
 - d. Riconsiderare il sistema di continuità assistenziale h24 che coinvolga i medici di medicina generale per triage codice bianco^o;
 - e. Rivedere il sistema delle guardie verificandone l'effettiva necessità e prevedendone una maggiore integrazione a livello interdivisionale e interdipartimentale, favorendo le guardie di medicina internista rispetto a guardie specialistiche (sostituibili con le reperibilità) ^o;
- 4) PROPOSTE RELATIVE AD UNA REVISIONE DEL SISTEMA DI FORMAZIONE SPECIALISTICA CHE POSSA AVVICINARE I MEDICI SPECIALIZZANDI ALLE AZIENDE
- a. Distribuire equamente gli specializzandi tirocinanti su tutte le strutture sanitarie del territorio^o;
 - b. Profilare la lista delle attività per cui il medico in formazione specialista è competente e le capacità necessarie al relativo svolgimento*;
 - c. Modificare le modalità di formazione specialistica prevedendo che la formazione specialistica avvenga anche in Ospedali non Universitari*;
- 5) PROPOSTE PER RIDURRE IL PREVISTO SQUILIBRIO NEI PROSSIMI ANNI TRA I MEDICI CHE ENTRERANNO NEL SISTEMA E QUELLI CHE NE USCIRANNO
- a. proporre modifica legislativa che preveda la possibilità per i medici di restare al lavoro più a lungo. possibilità di un trattenimento generalizzato a 70 anni (eliminando quindi il limite dei 40 anni di servizio) solo per il personale che ha una piena idoneità fisica. Pensare ad un contratto ad hoc per il trattenimento in servizio con obiettivi mirati*;
 - b. prevedere incarichi (anche retribuiti) per favorire il passaggio di competenze con giovani negli ultimi anni di carriera; formazione specifica per lavoratori "anziani"; acquisto prestazioni aggiuntive per formare i colleghi sulle competenze avanzate possedute*.

- c. impegno sui temi del benessere organizzativo e del *work life balance* anche come veicolo per trattenere le risorse^o;
 - d. adottare nuovi modelli contrattuali: es. individuare forme di accesso in formazione per i medici che non riescono a entrare nelle scuole di specialità: percorsi di selezione/ accesso/ tutoraggio in Azienda con possibilità di acquisire il diploma di specializzazione dopo un certo numero di anni di lavoro abbinati ad uno specifico percorso formativo*;
 - e. inserire nelle Aziende medici laureati non inseriti nel percorso di specializzazione, i quali, dopo uno percorso formativo di affiancamento a tutor esperti (durata almeno sei mesi) presso strutture Ospedaliere, siano abilitati alla gestione dei pazienti sub acuti*;
 - f. rivedere la normativa concorsuale, con la finalità di rendere le procedure più snelle ed efficienti, consentendo quindi un più rapido inserimento in servizio dei neo-specializzati^o.
- 6) INTERVENTI MIRATI AL RAFFORZAMENTO DELLA STRUTTURA DI SUPPORTO (MIDDLE MANAGEMENT)
- a. Introduzione di nuovi profili volti a valorizzare *l'operation management* e che rispondono ai nuovi bisogni di direzione operativa aziendale (ad es. ingegnere gestionale e biomedico come interfacce in ambito assistenziale che consentono di garantire la massima funzionalità dei sistemi organizzativi e delle nuove tecnologie)*;
 - b. Creazione di vivai professionali, formazione e aggiornamento costante e integrato con la parte gestionale per la componente manageriale e di ambito amministrativo e tecnico: risorse umane, economico, acquisti, controllo di gestione, affari generali (privacy/trasparenza, anticorruzione, assicurazione), Health technology /ricerca /accreditamento, comunicazione. Il settore tecnico amministrativo è stato abbandonato a sé stesso da anni (l'unica attenzione prestata era per ridurre i numeri): valorizzare queste figure, che non saranno mai carenti nel panorama formativo, potrebbe migliorare la gestione delle Aziende. Va però favorito un percorso di maggiore integrazione con la parte clinica/sanitaria^o;
 - c. Il rafforzamento delle funzioni di supporto prevede la massima integrazione di tutte le professionalità esistenti del SSN, non è coerente con questo presupposto il previsto spostamento, a partire dalle presente tornata contrattuale, della dirigenza PTA nel CCNL Funzioni Locali. L'applicazione ai dirigenti PTA di regole pensate per un comparto con caratteristiche molto diverse comporterà rischi di inappropriately ed inefficienza, oltre a complicare inutilmente gli adempimenti burocratici per gli uffici del personale che dovranno applicare due distinti contratti, si deve pertanto prevedere sicuramente una sezione autonoma per la dirigenza PTA, con l'obiettivo però di ottenerne, già dal prossimo CCNL, un rientro nell'ambito della contrattazione propria del SSN^o.