

FORMAZIONE MEDICO-SPECIALISTICA

Dagli standard ospedalieri al fabbisogno di personale medico attraverso cessazioni e calcolo dei carichi di lavoro. Un algoritmo imprescindibile per il calcolo di numero chiuso per l'accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia, Fabbisogni Specialistici e per una ridefinizione del percorso formativo medico.

1. INTRODUZIONE: QUANTI NUOVI SPECIALISTI SONO NECESSARI NEL PROSSIMO DECENNIO?

La formazione medica specialistica in Italia è un punto fondamentale delle agende politiche sia nazionale che regionali, ma purtroppo non riceve l'attenzione critica che meriterebbe.

In ambito di formazione medica **un'attenta e puntuale programmazione** adeguata ai fabbisogni del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è essenziale per la gestione ottimale delle risorse umane ed economiche con fine ultimo la qualità della sanità pubblica. Nell'ultimo decennio si è assistito a una pianificazione frettolosa e approssimativa, con risvolti allarmanti, quali la perdita della continuità formativa specialistica per molti neo-laureati in Medicina e Chirurgia e l'inesorabile scadimento della qualità assistenziale medica del SSN. Non per ultimo un progressivo aggravarsi della stessa sostenibilità della pletera pensionistica.

Queste problematiche si perpetueranno aggravandosi di anno in anno ad invarianza di programmazione futura.

IL PROBLEMA DELLA CONTINUITA' FORMATIVA MEDICO-SPECIALISTICA (L'IMBUTO FORMATIVO)

I due principali problemi che affliggono il percorso di formazione medica sono costituiti da:

- **Programmazione scorretta degli accessi al Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia;** ovvero il numero di posti di accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia non è ponderato in base ad una programmazione su scala almeno quindicennale, e risulta ad oggi sovrastimata e sovradimensionata dagli iscritti in sovrannumero grazie ai ricorsi TAR.
- **Insufficiente stanziamento di Contratti di Formazione Specialistica e di Medicina Generale, largamente insufficienti rispetto al reale fabbisogno,** con conseguente creazione di un **imbuto formativo per i giovani medici**. Il risvolto consiste inoltre in una quantità insufficiente di neospecialisti rispetto alle reali esigenze del SSN.

1.1 IL PROBLEMA DELLA DISCORDANZA TRA REALI ESIGENZE DI INCREMENTO DEL NUMERO DI MEDICI SPECIALISTI NEL SSN ED INSUFFICIENTE NUMERO PROGRAMMATO DI CONTRATTI DI FORMAZIONE SPECIALISTICA

Recenti studi di programmazione condotti da ANAAO ASSOMED, di cui a seguire vengono ripresi alcuni dati descrittivi, hanno chiarito come vi sia un costante divario tra numero di pensionamenti nei prossimi 3 quinquenni e numero di neo-specialisti a disposizione per sostenere la riduzione del comparto medico del SSN. **Inoltre nell'ottica di una corretta applicazione di nuovi standard sanitari (DM 70) e della necessaria ridefinizione dei carichi di lavoro, si prospetta un ulteriore ammanco di Specialisti.**

La stima complessiva, delle cessazioni attese nei prossimi 3 quinquenni per tutte le categorie di specialisti (dipendenti del SSN/universitari/specialisti ambulatoriali) operanti nel SSN risulta come sotto riportato:

- **quinquennio 2016÷2020: circa 23.255 unità, pari a 4.651 unità per anno**
- **quinquennio 2021÷2025: circa 32.225 unità, pari a 6.445 unità per anno**

- quinquennio 2026÷2030: circa 22.570 unità, pari a 4.514 unità per anno

Nei futuri 10 anni i numeri previsti di contratti specialistici MIUR, considerando la media degli ultimi 3 anni passati, garantiranno un equilibrio uscite-entrate per le categorie degli Universitari e degli Specialisti ambulatoriali, ma non per la categoria degli specialisti ospedalieri SSN (non tutti i neo-specialisti infatti entrano nel SSN, vedi calcolo specifico a seguire). Infatti la componente ospedaliera dei cessati attesi sarà preponderante sulla componente degli universitari e specialisti ambulatoriali. (47.284 cessati SSN vs 8.196 cessati per le altre 2 categorie accorpate).

1.2 LA PROSPETTIVA FUTURA DELLE DOTAZIONI ORGANICHE nel decennio 2016-2025:

47.284 medici dipendenti SSN cessati = **4.728/anno**

40.000 neo-specialisti = **4.000/anno***

*futuri medici specialisti disponibili per l'accesso alla dipendenza nel SSN calcolati a partire dall'anno accademico di iscrizione alle Scuole di Specialità 2011/2012 su una media previsionale degli ultimi 3 anni (5711 borse/anno per formazione post laurea); **si considera che mediamente solo il 70% dei medici specialisti sceglie di lavorare nel SSN come dipendente.** Scelte diverse sono: convenzionamento con il SSN, libera professione, università/ricerca, privato accreditato e non accreditato, industrie del settore, lavoro all'estero.

Confronto cessati e neo-specialisti SSN:

- **4.728- 4.000 = 728/anno pari a 7.280 medici mancanti nei dieci anni.**

1.3 DM 70 e CARICHI DI LAVORO: UNA REALE ULTERIORE FONTE DI CARENZA DI SPECIALISTI NEL SSN

Il D.M. 70 riporta standard relativi a posti letto, tasso di ospedalizzazione, degenza media e numero di Unità Operative per branca di specializzazione.

L'obiettivo nel DM 70 è la standardizzazione di tutto ciò che esula dal "capitale umano medico". Il Decreto ottimizza le risorse mantenendo posti letto per 1.000 abitanti pressoché invariati rispetto la media nazionale attuale (3,0 vs 3,04 attuali per acuti) e prevede un aumento del carico di lavoro (tasso di ospedalizzazione per acuti medio nazionale 160 per 1.000 abitanti verso il tasso medio nazionale di 131,5 per 1000 abit. al 2014), consentendo un minimo allungamento della degenza media per acuti, ovvero 7 gg vs 6,8 gg nel 2014 - 6,9 gg nel primo semestre del 2015, fonte: rapporto SDO 2015 (**Tab. 1**).

Tab. 1

DM 70/02.04.2015, indicatori

Posti letto per 1.000 abitanti: 3,7 (di cui 0,7 riabilitazione-lungodegenza (compreso privato e privato accreditato, pari a 0,7 p.l. x 1.000))
Tasso di ospedalizzazione 160 per 1000 abitanti
Durata media della degenza per acuti 7 giorni
Definizione del numero di Unità Operative per branca di specializzazione per milione di abitanti

Lo "scenario futuro" si compone di alcuni elementi caratterizzanti il SSN, quali:

- 1) Numero di abitanti nazionale/regionale
- 2) Numero di dirigenti medici operanti nelle strutture pubbliche del SSN e loro caratterizzazione (es: fasce di età/tipologia di contratto indeterminato-determinato/distribuzione regionale)
- 3) Posti letto (p.l.) regionali pubblici ed equiparati, escludendo il privato accreditato
- 4) Tasso di ospedalizzazione medio nazionale/regionale indicizzato per 1000 abitanti
- 5) Durata degenza media nazionale in regime ordinario

6) DM 70

L'APPLICAZIONE DEGLI STANDARD DM 70 DEVE ESSERE INSERITA IN UNA RIDEFINIZIONE DEL CONCETTO DI CARICO DI LAVORO MEDICO.

**IN SINTESI: PER POTER APPLICARE GLI STANDARD ESPRESSI NEL DM 70 SENZA INTACCARE LA QUALITA' DELLA PRESTAZIONE MEDICA SPECIALISTICA, VA UTILIZZATO UN ALGORITMO SEMPLICE CHE CONSENTA DI ESPRIMERE NUMERICAMENTE IL CONCETTO DI "CARICO DI LAVORO MEDICO NAZIONALE".
STANDARDIZZANDO SUCCESSIVAMENTE TUTTE LE REGIONI AI PRINCIPALI STANDARD DEL DM 70 E AL CARICO DI LAVORO CALCOLATO COME MEDIA NAZIONALE, SI OTTIENE DALLO STESSO ALGORITMO DI CALCOLO, LA QUOTA DI MEDICI SPECIALISTI NECESSARIA.**

1.4 LA PROPOSTA ANAAO

CALCOLO DEL "FATTORE HUMAN" QUALE ESPRESSIONE DEL CARICO DI LAVORO MEDICO OSPEDALIERO

E' possibile definire un fattore chiamato per convenzione **HUMAN (H)**, che rappresenta una stima del carico di lavoro assistenziale medico sia a livello nazionale che regionale. Il fattore H deriva dalla combinazione di 4 variabili che determinano il lavoro medico:

Le variabili provengono da fonti verificate e accessibili quali: rapporto SDO 2015, CAT 2014/15, annuario statistico ISTAT 2015 e statistiche Ministero della Salute.

$$\text{fattore H} = \frac{[\text{Tasso di ospedaliz. al 2014}] \times [\text{giorni di degenza media regime ordinario al 2014}]}{[\text{posti letto per 1.000 ab al 2014}] * x [\text{numero medici SSN per 1.000 ab al 2014}]}$$

legenda: *posti letto per 1.000 abitanti, comprensivi di riabilitazione-lungodegenze, escluso privato e privato accreditato.

Il fattore H (Nazionale) deriva il carico di lavoro medico medio all'interno del SSN al 2014 (**FATTORE H NAZIONALE =180,48**). Questo fattore rappresenta un punto di partenza da cui poter ricavare uno standard quantitativo nazionale del numero di medici necessario per l'applicabilità dei nuovi standard D.M. 70.

Per questo calcolo, si può immaginare di mantenere fisso il FATTORE H NAZIONALE ottenuto al 2014, e ricavare il numero di medici necessario REGIONE PER REGIONE per sostenere gli standard D.M. 70, con una semplice inversione di formula e considerando poi le specifiche densità demografiche regionali e i posti letto per 1000 abitanti corrispondenti Regione per Regione :

$$[\text{n. medici per 1000 abit. ideale}] = \frac{[\text{Tasso di ospedaliz. DM 70}] \times [\text{gg di deg. media regime ordinario DM 70}]}{[\text{posti letto per 1.000 ab Regionale}] ** x [\text{fattore H nazionale al 2014}]}$$

legenda: **posti letto per 1.000 abitanti, escluso privato e privato accreditato (pari a 0.7 p.l. per 1.000 abitanti, fonte ISTAT 2015, Tav 4.5 annuario statistico ISTAT 2015)

Il Calcolo del numero di medici necessario Regione per Regione per l'applicazione del DM 70, standardizzando il carico di lavoro attuale di ogni Regione al carico di lavoro medio nazionale (Fattore H nazionale: 180,48), dà come dato complessivo Nazionale:

- **Necessario aumento del comparto medico di 21529 unità, paria a + 19,6%.**

Tabella 2. Calcolo del numero di medici specialisti mancanti rispetto la dotazione organica al 2014 del fattore H Regione per Regione sulla base degli ultimi dati disponibili del 2014; in evidenza la quota di medici mancanti risultante secondo il calcolo proposto, non considerando la quota attualmente esistente attiva dei medici ospedalieri a tempo determinato.

REGIONE	Numero abitanti	Tasso ospedalizzazione	Degenza media ricoveri ordinari	Numero posti letto regionali pubblici ed equiparati	Numero posti letto indicizzati per numero abitanti	Numero medici tempo determinato indeterminato	Numero medici indicizzati per numero abitanti	Fattore H	media nazionale di medici ideali standardizzata per fattore nazionale (180,48)	N. assoluto regionale medici necessari per DM 70 e Fattore nazionale	N. Medici mancanti	% rispetto numero medici 2014
DATO NAZIONALE	60.782.668,00	131,49	7,3	178.707	2,94	109955	1,81	180,48	2,02	131484,00	21529,0	19,6%

In conclusione:

Si rileva un ammanco di 21529 medici ospedalieri (19,6%), che si riducono a 13778 unità (12,5%, considerando il compenso dei tempi determinati (7.751) ad oggi suscettibili di una rapida stabilizzazione. Questa quota di medici (+12,5%, pari a 2755 medici/anno secondo un obiettivo di pareggio in 5 anni) si va a sommare al debito di 728 medici/anno derivante dalle cessazioni non bilanciate, nella decade futura.

In sintesi: secondo un obiettivo di pareggio delle cessazioni nei prossimi 10 anni, e un obiettivo di applicazione standard su base DM 70 ad invarianza di “carico di lavoro medio nazionale”, il numero di contratti di formazione specialistica attuali devono essere incrementati nel prossimo quinquennio nell’ottica di potenziare le attuali assunzioni nel SSN di **728 + 2755 = 3483 medici/anno**

2 ANALISI DEI PROBLEMI e PROPOSTE

2.1 I NUMERI DI ACCESSO A MEDICINA

I candidati che nel 2017 hanno tentato il test di ingresso a Medicina sono stati 66.907 a fronte di 9100 posti per residenti in Italia (fonte MIUR). **Il tasso di laurea è il più alto tra i vari corsi universitari italiani** e tende all'incremento costante, poiché il test d'ingresso riesce a selezionare i giovani realmente motivati alla qualifica professionale di medico.

La percentuale di laureati è stata, nel quinquennio 2008-2012, pari all'89,8% (fonte: Mastrillo su dati MIUR), ovvero ben 9 studenti su 10 ammessi a Medicina riescono a conseguire la laurea.

A partire dal 2010, sono stati aumentati in maniera considerevole i posti disponibili per il corso di laurea in medicina e chirurgia (grafico 1), senza che fosse attuato un parallelo aumento dei corsi di specializzazione medica (Fabbisogni) e delle assunzioni mediche nell’SSN.

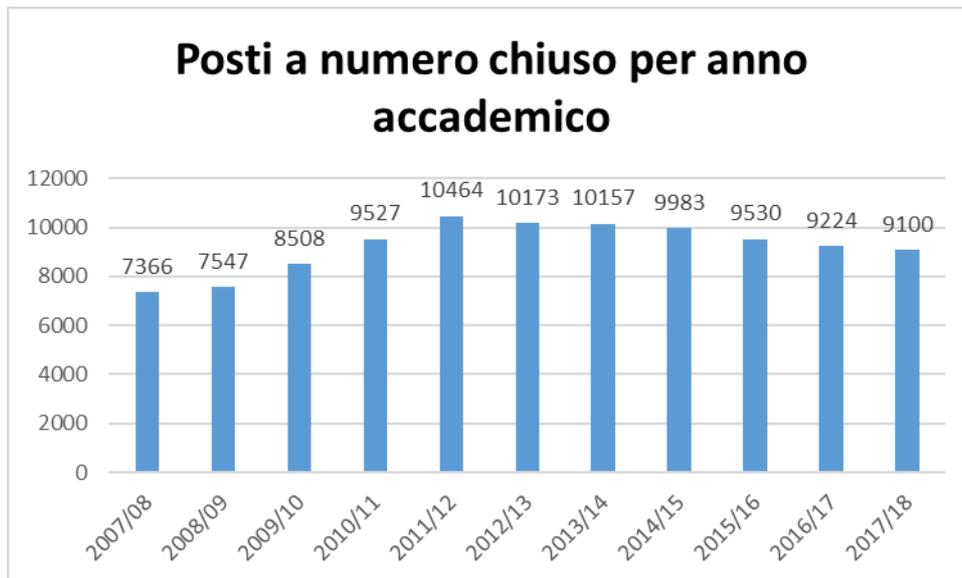


Grafico 1: posti disponibili, a numero chiuso, per studenti comunitari per il corso di laurea in medicina e chirurgia

Il numero chiuso per l'accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia è stato inoltre deformato in eccesso dalla plethora dei ricorsisti, ovvero quegli studenti di medicina diventati tali non per il superamento del test d'ingresso, ma per un'ordinanza del TAR al quale si erano rivolti per irregolarità concorsuali: si stimano essere circa 10000 negli ultimi anni (8000 per il solo anno accademico 2014/2015, fonte: www.rainews.it, Mastrillo su dati MIUR, stima ANAAO).

Gli ingressi totali alle scuole di medicina e Chirurgia dell'ultimo quinquennio sono stati circa 58000, con un aumento di ben il 25% rispetto al quinquennio precedente 2009-2013 (circa 11800 studenti in più).

Tale aumento non ha un chiaro fondamento programmatico, in quanto sproporzionato rispetto ai fabbisogni specialistici finanziati (fonte di gap formativo).

L'algoritmo per la programmazione del numero chiuso di accesso alle Scuole di Medicina si deve basare primariamente sull'ordinato e ponderato calcolo dei fabbisogni specialistici, calcolati per gli anni accademici 2021/22÷2025/26 , i quali concorrono infine a determinare il numero chiuso per l'accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia a partire dall'a.a. 2017/18*.** Il calcolo infine deve sempre prevedere una maggiorazione stimata indicativamente del del 23% del numero dei fabbisogni da cui deriva, in considerazione del tasso di laurea (circa 89.9% degli iscritti, fonte Mastrillo), del tasso di "rinuncia" alla specializzazione (circa 3%) e delle borse per la scuola di Medicina Generale (circa 10%).

***Uno studente di medicina che comincia il suo percorso universitario, impiega mediamente 10 anni per formarsi come medico di medicina generale e 12 anni come medico specialista, pertanto chi è entrato nel quinquennio 2013-2017 sarà specialista solamente negli anni 2025-2029.

NOTE: La richiesta di Specialisti e di MMG raggiungerà la punta massima nel periodo 2018-2023 anche per l'applicabilità degli standard DM 70 e della standardizzazione dei carichi di lavoro.

L'accesso programmato al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia è un valore fondamentale, sia per garantire una formazione di qualità durante il percorso di studi, così come previsto dalla normativa europea, sia per non andare incontro al tragico fenomeno della plethora medica avvenuto già in passato, ovvero prima dell'introduzione del numero programmato.

Bisognerebbe quindi rendere impossibile lo “stratagemma” del ricorso al tribunale amministrativo per l'accesso in sovrannumero al corso di laurea, perché viene così stravolto ogni tentativo di programmazione.

La “cura” ANAAO, che proclamiamo da anni, è semplice quanto efficace:

ridurre gli accessi a medicina a 6200/anno fino al 2022-2023 per assorbire gli eccessi degli iscritti in sovrannumero (fonte: studio ANAAO 2014).

2.2 L'IMBUTO FORMATIVO

L'aumento degli ingressi a medicina non è stato accompagnato da un aumento di contratti nelle Scuole di Specializzazione post-laurea:

il primo conviene solo agli Atenei, che vedono entrare nuovi fondi (in forma di tasse universitarie), il secondo invece prevederebbe un esborso da parte dello Stato in forma di contratti di formazione specialistica aggiuntivi e pertanto è molto più difficile da attuare.

Si è creato quindi il fenomeno del cosiddetto “imbuto formativo” e la formazione della “pletora medica” nel limbo post-lauream.

Infatti il *Medico neo-laureato e abilitato ha scarsissime possibilità lavorative*, in quanto il Titolo Specialistico costituisce un requisito indispensabile per poter lavorare in una Struttura Sanitaria Pubblica e nelle maggioranza delle Strutture Sanitarie Private.

Esempio: La “tasca” nella quale finiscono i medici, una volta laureati, quest'anno contava circa 15000 unità (ovvero i partecipanti al concorso per le scuole di specializzazione, somma tra i neolaureati e chi riprovava il concorso).

I posti messi a bando quest'anno erano 6105, con l'aggiunta di poco più di 500 posti finanziati dalle Regioni e da altri Enti e circa 1000 posti del corso di formazione specifica in medicina generale: pertanto più del 50% dei giovani medici è rimasto escluso dall'accesso alle scuole di specializzazione e dal corso di formazione in medicina generale. Saranno pertanto costretti a “sospendere il percorso formativo” dedicandosi a lavori saltuari, di basso profilo formativo e malpagati, in attesa del concorso del prossimo anno.

Il divario tra neomedici e contratti per la formazione post-lauream è purtroppo destinato ad aumentare ancora (grafici 2 e 3).

Si stima che, nell'anno accademico 2022/23 e a invarianza di programmazione, saranno diventati quasi 24000 i colleghi che non riusciranno ad accedere alle specializzazioni e che dovranno sopravvivere con lavori saltuari e precari, senza la possibilità di una continuità formativa fondamentale e professionalizzante.

La “tasca” aumenta, a causa di un grossolano errore di programmazione, e lo scopo deve essere quello di passare da un “imbuto formativo” ad un “cilindro formativo” ovvero un sistema di garanzia che preveda per ogni medico neolaureato l'accesso alla formazione post-lauream in un rapporto di 1 ad 1.

Appare evidente la necessità urgente di intervenire subito con una riduzione pluriennale degli accessi a Medicina e un aumento considerevole dei contratti di formazione specialistica.

NOTE: Si ricorda che la formazione di un medico fino alla laurea costa allo Stato Italiano ben 150000 Euro (stima). Pertanto ostacolare la continuità formativa per i medici, attraverso una mancata programmazione coordinata tra Fabbisogni Specialistici e Numero Chiuso Scuole di Medicina e Chirurgia, equivale a “buttare via” 150000 Euro di soldi pubblici per ogni nuovo medico che porta a termine il percorso di laurea.

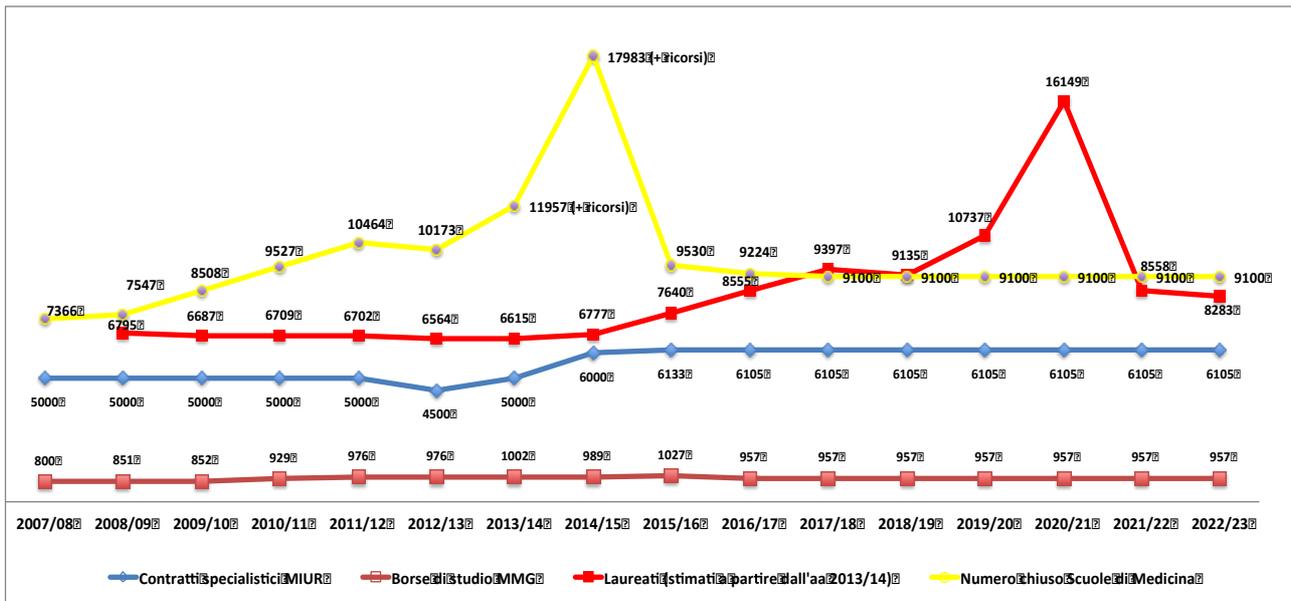


Grafico 2: confronto tra accessi al corso di laurea in medicina, laureati, contratti di formazione specialistica MIUR e posti per corso di formazione specifica in medicina generale. Nel grafico non sono indicati i contratti di formazione specialistica a finanziamento regionale e di enti pubblici o privati (circa il 10% del numero totale). Il concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione è da sempre "sfalsato" di un anno accademico rispetto all'accesso a Medicina. Per gli anni successivi al 2015/2016, si è provveduto a stimare i posti disponibili per la formazione post-lauream, considerandoli a invarianza di programmazione. NOTE: I NUMERI RIPORTATI DAL 2018 IN POI, TRANNE CHE PER IL NUMERO DEI LAUREATI, SONO PROIEZIONI AD INVARIANZA DI PROGRAMMAZIONE

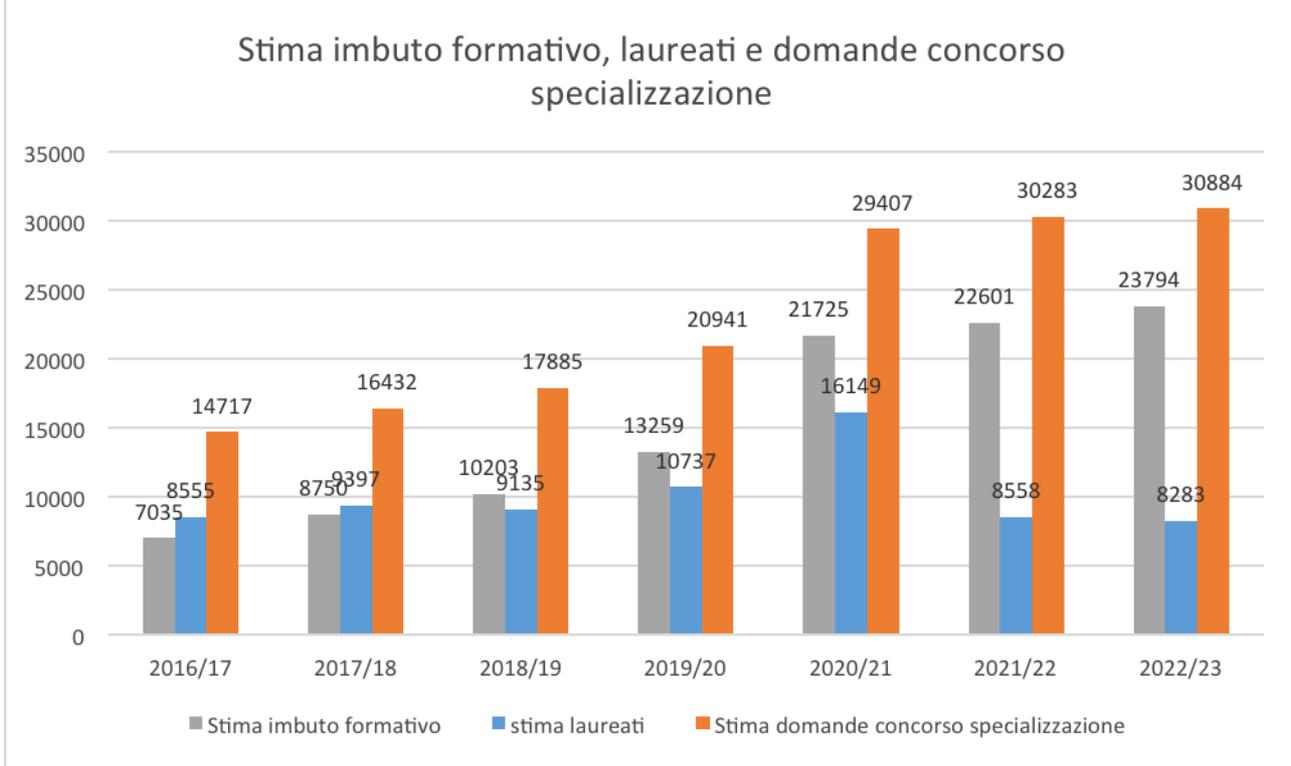


Grafico 3: stima del numero di laureati, domande per il concorso di specializzazione e "imbuto formativo", ovvero il numero di giovani medici che non troveranno accesso alla formazione post-lauream. La stima è eseguita tenendo conto del numero di posti 2015/2016 per la formazione post-lauream (contratti specialistici MIUR + regionali, borse di studio corso di formazione specifica in medicina generale) con ipotetica invarianza di programmazione (7682 contratti-borse/anno). **E' PRATICAMENTE UGUALE ANCHE PER QUEST'ANNO**

3. PROPOSTE DI CORREZIONE PROGRAMMATICA

3.1 PREMESSA

La formazione post-laurea nei Paesi Europei si effettua all'interno delle strutture ospedaliere, in genere pubbliche, ma come per la Germania, anche in strutture private autorizzate.

Un medico neolaureato, quindi, può chiedere di entrare in un qualsiasi ospedale, del suo Paese o di altri Paesi europei, con un rapporto legato alla normativa nazionale e compatibilmente con la presenza di posti disponibili, entrando in un programma formativo progressivo che lo porta a raggiungere l'esperienza e i titoli di Specialista nella materia.

Il programma formativo ricade sotto l'autonomia organizzativa dei singoli Paesi.

Con il titolo di specialista il medico accede ai diversi livelli di carriera, ancora nel rispetto delle autonomie organizzative nazionali.

In Italia solo dopo aver acquisito il titolo di specialista un medico può entrare a lavorare in ospedale con un rapporto di lavoro che dipende dalle regole nazionali che sono note, ma per contratto, un medico già specialista rimane nella fascia del **"medico in formazione"** per altri cinque anni, durante i quali non può assumere incarichi di responsabilità e di autonomia professionale.

La specializzazione, in Italia, si ottiene solo frequentando le scuole di specializzazione universitarie e il numero di medici in formazione ammessi nelle scuole italiane dipende dalla messa a disposizione dei finanziamenti statali per la loro retribuzione, ma anche dalla capienza delle scuole.

Sicuramente nella decisione sul numero di medici in formazione da ammettere alle scuole non è preminente il fabbisogno stimato di specialisti per il Servizio Sanitario Nazionale.

Di conseguenza un medico europeo può essere accettato in qualsiasi ospedale europeo per effettuare il proprio training formativo subito dopo la laurea (secondo normative contrattuali nazionali) tranne che in Italia, dove, per accedere ad un ospedale, deve essere già specialista.

La rete formativa deve rispondere alle reali necessità formative del SSN, quindi il numero dei posti di specializzazione deve essere definito in base alle reali necessità del Paese, e la durata dei corsi in base alla media europea, non in base alle esigenze interne delle Università come spesso è avvenuto.

La nostra ipotesi di lavoro si basa sui presupposti di:

- 7) migliorare l'inquadramento previdenziale;
- 8) facilitare il precoce ingresso nel SSN;
- 9) svincolare almeno in parte dall'università il percorso formativo;
- 10) il confronto con l'Europa;
- 11) equiparare i neolaureati ai medici in formazione specialistica con un contratto di formazione-lavoro, prevedendo anche un diverso percorso;
- 12) rilevazione dei fabbisogni delle piante organiche;
- 13) prevedere una forma di part time ospedaliero in cui il giovane medico, adeguatamente tutorato, gradualmente "sostituisce" l'over 60 che potrà su base volontaria lavorare nel territorio.

In un periodo di ristrettezza economica come questo, la nostra proposta ci sembra una delle poche vie percorribili per aumentare il numero di contratti e per non lasciare "in mezzo a una strada" centinaia di giovani neomedici.

I giovani hanno bisogno di risposte reali, non di utopie!

Sappiamo che la coperta è corta e i miracoli non sono possibili e cerchiamo, con i nostri interlocutori, una quadra che permetta di aumentare i posti mantenendo alto lo standard qualitativo-formativo.

PROPOSTA 1

Almeno 6105 contratti verrebbero pagati con l'attuale fondo statale per la formazione specialistica, che dovrà rimanere una costante nel tempo. E' un punto di partenza imprescindibile e intoccabile.

Sarebbe auspicabile che le Regioni contribuissero all'aumento dei contratti di formazione specialistica, diventando protagoniste nel cammino formativo dei medici specializzandi, considerate anche le loro richieste di fabbisogno specialistico (grafico 4).

Con il loro aiuto e lo stanziamento di ulteriori 1862 contratti (differenza tra posti MIUR e fabbisogno regionale calcolata sull'ultimo anno accademico), il gap tra partecipanti al concorso e posti a bando si ridurrebbe sensibilmente negli anni a venire.

Il costo complessivo è stimabile in quasi 190 milioni di euro (per specializzazioni di durata quadriennale), ammonterebbe a poco più di 9 milioni di euro per le 20 Regioni italiane, una cifra oggettivamente alla portata di ogni bilancio regionale. Pertanto, le Regioni dovrebbero farsi carico della differenza tra posti ministeriali e fabbisogno, che esse stesse devono indicare ogni 3 anni.

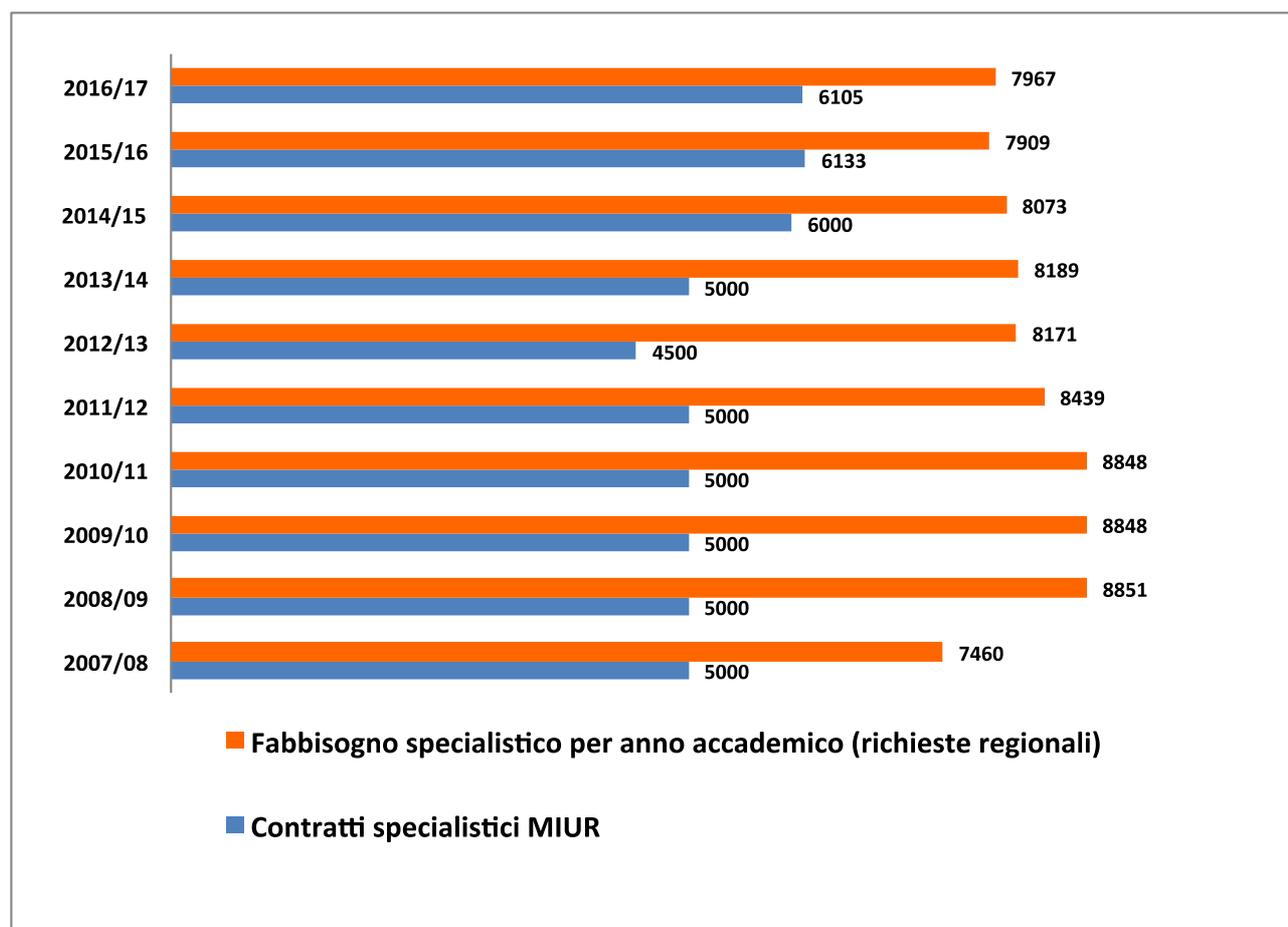


Grafico 4: confronto tra contratti specialistici MIUR e fabbisogno specialistico per anno accademico (richieste regionali): da sempre i contratti specialistici sono insufficienti per coprire il fabbisogno.

PROPOSTA 2

Formazione in ospedali di insegnamento (Teaching Hospital, TH) per "imparare facendo", con contratto di formazione-lavoro a tempo determinato tipo jobs act a tutele crescenti, da svolgersi presso strutture del SSN,

con insegnamento della parte teorica a carico delle Università (analogamente alla proposta ex-art.22 Patto della Salute).

Nel dettaglio, la nostra proposta prevedrebbe, dopo i primi anni passati tra le mura universitarie, il completamento della formazione per 12-24 mesi in ospedali extra-universitari che abbiano specifici requisiti di “ospedali di apprendimento”, mediante la stipula di un contratto ad hoc di formazione medica abilitante a tempo determinato, con finanziamento integrativo regionale, al posto dell’attuale contratto di formazione specialistica (unicum tra i grandi paesi europei, con il quale lo specializzando è un ibrido tra studente e lavoratore, con assai ridotti diritti e tutele).

Alcuni scenari:

1 - Contratto a tempo determinato part-time da 19 ore che si aggiungerebbe al contratto di formazione specialistica, che passerebbe da 38 ore a 19 ore, permettendo il dimezzamento della borsa a carico delle università che passerebbe da 26000 euro a 13000 euro.

Calcolando un solo anno (e calcolando il numero medio di specializzandi per anno in 5809,5, media dei contratti MIUR degli ultimi 4 anni), consentirebbe allo Stato il risparmio di 75,5 milioni di euro che diviso 89.000 euro (nuovo costo di una borsa quadriennale) permetterebbe la stipula di **848** nuove borse di durata quadriennale, scaricando una parte del costo di formazione alle Regioni (queste ultime dunque tenute a cofinanziare la quota di cui vengono “alleggerite” le università).

2 - Uguale allo scenario 1, ma calcolando 2 anni: (calcolando il numero medio di specializzandi per anno in 5809,5, media dei contratti MIUR degli ultimi 4 anni), consentirebbe allo Stato il risparmio di 151 milioni di euro che diviso 76.000 euro (nuovo costo di una borsa quadriennale) permetterebbe la stipula di **1987** nuove borse di durata quadriennale, scaricando una parte del costo di formazione alle Regioni (queste ultime dunque tenute a cofinanziare la quota di cui vengono “alleggerite” le università).

3 - Costo dell’ultimo anno totalmente a carico delle regioni: (calcolando il numero medio di specializzandi per anno in 5809,5, media dei contratti MIUR degli ultimi 4 anni), consentirebbe allo Stato il risparmio di 151 milioni di euro che diviso 76.000 euro (nuovo costo statale di una borsa quadriennale) permetterebbe la stipula di **1987** nuove borse di durata quadriennale.

4 - Uguale allo scenario 3, ma per l’ultimo biennio: (calcolando il numero medio di specializzandi per anno in 5809,5, media dei contratti MIUR degli ultimi 4 anni), consentirebbe allo Stato il risparmio di 290,5 milioni di euro che diviso 50.000 euro (nuovo costo statale di una borsa quadriennale) permetterebbe la stipula di ben **5809** nuove borse di durata quadriennale, scaricando più della metà del costo di formazione alle Regioni.

PROPOSTA 3

L’introduzione della scelta di optare per la libera professione extramuraria per gli specializzandi, riducendo il loro compenso mensile di 200 euro, ma dando loro la possibilità di nuove compatibilità lavorative.

Attualmente lo specializzando non può, per contratto, svolgere attività libero-professionale al di fuori della sua sede di formazione, ad esclusione delle sostituzioni dei MMG e delle Guardie di Continuità Assistenziale. Con l’abolizione di questo divieto, i giovani colleghi potrebbero esercitare la libera professione con poche limitazioni, alla pari dei medici dipendenti in extramoenia.

Se un medico in formazione specialistica su 4 dovesse scegliere questa opzione (quindi 5809,5 su 23238 specializzandi entrati negli ultimi 4 anni – calcolo effettuato sulla durata media di 4 anni della scuola), si risparmierebbero 13,943 milioni di euro, permettendo di mettere a bando ulteriori **136** borse in più per scuole di durata quadriennale (calcolando in 102000 euro il costo una borsa).