

QUALE FUTURO PER LA MEDICINA GENERALE?

Analisi delle possibili soluzioni alla domanda di medici di
Medicina Generale in Puglia



Maggio 2017

Introduzione	pg. 2
Pianta Organica	pg. 3
Pensionamenti	pg. 4
Graduatorie Regionali	pg. 6
Calcolo della Riserva	pg. 8
Il Carico Assistenziale	pg. 13
Le borse di studio per la Formazione Specifica in Medicina Generale	pg. 19
Conclusioni	pg. 21

INTRODUZIONE

Questo studio ha la finalità di stimare il fabbisogno del personale medico nell'ambito della Medicina Generale per i prossimi anni nella regione Puglia. Si propone inoltre di valutare possibili scenari sui quali operare per garantire la stabilità del comparto e un'assistenza qualificata al cittadino.

Per definire il numero di medici necessari nei prossimi anni a garantire l'assistenza nell'ambito della Medicina Generale del territorio pugliese, occorre considerare ed esaminare diversi elementi.

I fattori da analizzare, a modello organizzativo invariato, sono:

- la pianta organica attualmente attiva;
- la proiezione dei pensionamenti dei professionisti attualmente convenzionati;
- il numero di medici che ogni anno acquisiscono il diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale;
- i medici presenti in graduatoria ed in attesa di ottenere un incarico a tempo indeterminato.

Lo studio prende in considerazione i settori della Continuità Assistenziale e dell'Assistenza Primaria, i quali, in base alla legge Balduzzi (Legge 8 novembre 2012, n. 189), vanno a costituire il Ruolo Unico della Medicina Generale. Abbiamo quindi preso in considerazione i due settori come fossero un sistema unico, mentre abbiamo considerato non inseriti nel sistema della Medicina Generale tutti i colleghi che non hanno un incarico a tempo indeterminato in alcuno dei due settori.

Si ricorda che per accedere ad un lavoro a tempo indeterminato nella Medicina Generale è indispensabile, in base alle normative vigenti, aver acquisito il diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale o essere in possesso di titolo equipollente (Decreto Legislativo 17 agosto 1999, n. 368 e s.m.).

PIANTA ORGANICA

È stata attuata una ricognizione della pianta organica per i settori interessati nella regione Puglia. Per quel che riguarda l'Assistenza Primaria è stata effettuata un'analisi, a Giugno 2016, attraverso l'anagrafica fornita da *Edotto*, il sistema informativo della Regione Puglia. Per quel che riguarda la Continuità Assistenziale è stata invece effettuata una ricognizione attraverso i dati forniti dalle singole Aziende Sanitarie Locali. La pianta organica pugliese a tempo indeterminato è quindi costituita da colleghi distribuiti come da tabella seguente:

ASL	ASSISTENZA PRIMARIA *	CONTINUITA' ASSISTENZIALE*	TOTALE
BARI	1003	97	1100
BAT	284	31	315
BRINDISI	324	61	385
FOGGIA	517	118	635
LECCE	665	120	785
TARANTO	485	51	536
TOTALE	3278	478	3756

Tabella 1. Medici di Assistenza Primaria e di Continuità Assistenziale a tempo indeterminato nella Regione Puglia al Giugno 2016

*La voce "Assistenza Primaria" include i medici a doppio incarico (Medicina di Famiglia e di Continuità Assistenziale). Nella colonna "Medici di Continuità Assistenziale" sono inclusi unicamente i medici con incarico esclusivo di ex-Guardia Medica.

All'interno del settore Continuità Assistenziale sono stati distinti i colleghi titolari di incarico esclusivo di Continuità Assistenziale, a doppio incarico (Continuità e Assistenza Primaria) ed i sostituti.

ASL	TITOLARI		SOSTITUTI	TOTALE
	Doppio Incarico	Incarico esclusivo		
BARI	135	97	32	264
BAT	27	31	17	75
BRINDISI	30	61	14	105
FOGGIA	72	118	57	247
LECCE	108	120	49	277
TARANTO	57	51	24	132
TOTALE	429	478	193	1100

Tabella 2. Pianta organica Settore Continuità Assistenziale Puglia al Giugno 2016.

PENSIONAMENTI

Le proiezioni dei pensionamenti relative alla pianta organica attuale sono fornite dall'Enpam (l'Ente Nazionale, successivamente *Fondazione*, di Previdenza ed Assistenza Medici). Sono stati utilizzati i dati per realizzare la tabella seguente:

	PENSIONANDI MEDICINA GENERALE ALL' ETA' PRO-TEMPORE VIGENTE FINO AL 2031 - REGIONE PUGLIA																																
	2016*		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024		2025		2026		2027		2028		2029		2030		2031		TOTALE
	CA	AP	CA	AP	CA	AP	CA	AP	CA	AP	CA	AP	CA	AP	CA	AP	CA	AP	CA	AP	CA	AP	CA	AP	CA	AP	CA	AP	CA	AP			
BARI	4	47		22		18	2	50	7	68	1	81	5	72	7	79	16	77	10	61	3	48	10	59	14	61	12	36	12	42	13	40	977
BRINDISI	2	16		11		2	3	21	1	30	3	31	3	30	4	32	3	29	5	15		15	2	12	5	12	5	12	9	14	5	10	342
BAT	1	12		3		8	1	6		22	1	18	1	27		28	2	26	2	20	2	17	4	15	2	13	2	13	4	10	3	10	273
FOGGIA	1	34		18	2	13	3	28	5	41	5	42	10	57	12	41	10	43	13	27	28	20	10	23	18	15	11	16	14	8	7	13	588
LECCE	1	42		17	2	18	5	33	1	52	7	68	5	54	11	79	15	38	23	39	9	28	15	20	9	30	16	24	10	20	12	17	720
TARANTO	4	32	1	10	1	11		39	2	39	3	43	2	42	1	34		27	5	32	6	21	5	21	7	26	4	13	6	9	9	9	464
TOTALE	13	183	1	81	5	70	14	177	16	252	20	283	26	282	35	293	46	240	58	194	48	149	46	150	55	157	50	114	55	103	49	99	3364
	196		82		75		191		268		303		308		328		286		252		197		196		212		164		158		148		3364

Tabella 3. Pensionandi Fondo Medicina Generale all'età pro-tempore vigente nella Regione Puglia fino al 2031.

* il 2016 comprende i medici in attività che hanno acquisito i requisiti per andare in pensione nel 2016 e coloro che li hanno maturati negli anni precedenti non andando ancora in pensione.

I dati sono riferiti all'anno 2015 ed estratti a giugno 2016 dall'Enpam. L'attribuzione per provincia è stata assegnata dall'Ente per ASL di versamento. Il medico che svolge doppia attività è stato inserito nella categoria dove risultano accreditati per l'anno 2015 contributi di importo maggiore. Si rammenta che i requisiti di pensione per età anagrafica sono 67 anni, per il 2016, 67 anni e 6 mesi per il 2017 e 68 anni dal 2018 in poi.

La proiezione effettuata su dati relativi al 2015 ed estratti a giugno 2016 si estende fino all'anno 2031 e consente di verificare il numero di pensionamenti previsti per singola provincia: in tutta la regione si stima che l'89,56 % dei professionisti attualmente in contratto di convenzione, vada in pensione sino al 2031.

Una informazione importante è quella che coinvolge tutti i colleghi iscritti agli albi dei medici provinciali. Attraverso l'analisi dei dati Enpam, relativi alle proiezioni di quiescenza per la quota A, è infatti possibile verificare come un'ondata di pensionamenti sia vicina e relativa non solo alla Medicina Generale, ma, seppur in misura minore, a tutta l'area medica. Questo è un aspetto da non trascurare, perché può rappresentare un fattore limitante la capacità da parte della Medicina Generale di attrarre flussi di professionisti nella propria area.

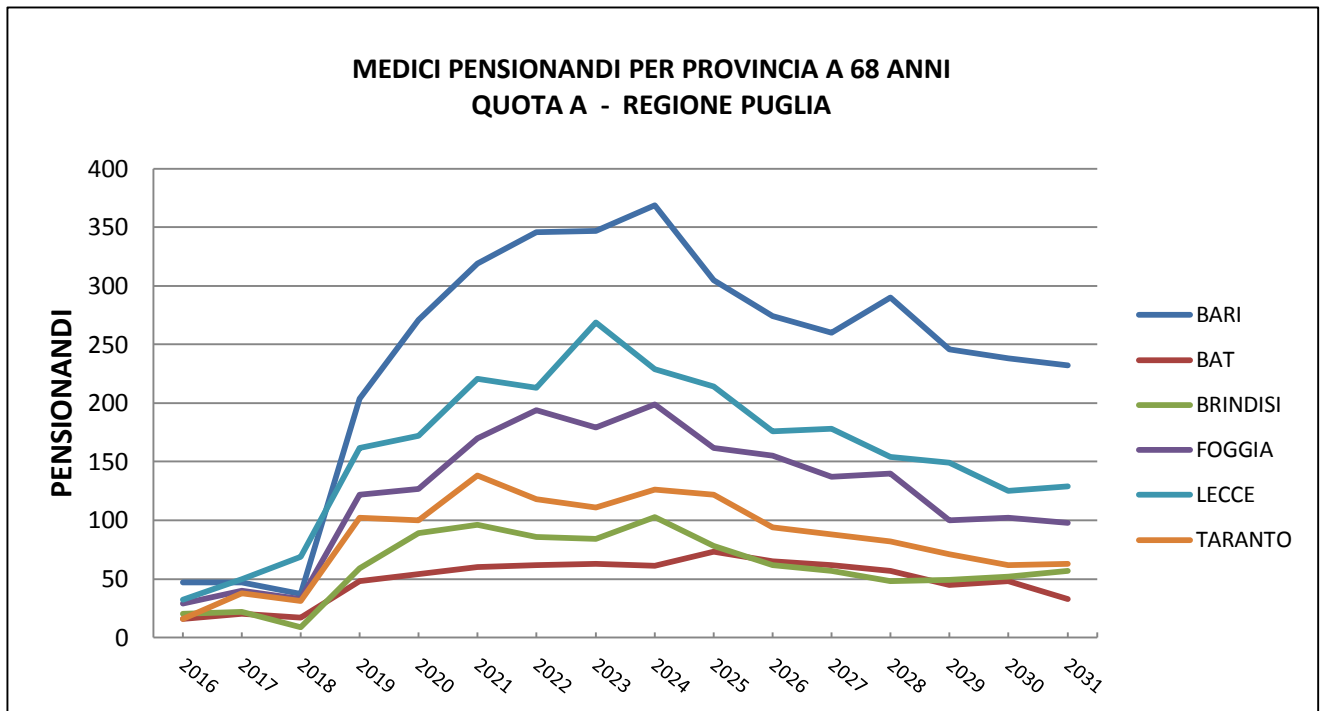


Figura 1. Medici Pensionamenti fondo generale "quota A" Enpam all'età pro-tempore vigente fino al 2031, per provincia, nella Regione Puglia.

Il grafico in figura 1 evidenzia quanto repentino sarà l'incremento dei pensionamenti dei medici per anno dopo il 2018. Si ricorda che al fondo generale "Quota A" sono iscritti tutti i medici, qualsiasi attività essi svolgano.

La tabella 4 mette in relazione gli iscritti agli OMCeO Provinciali pugliesi al Maggio 2017, con i pensionamenti previsti dall' Enpam per la quota A. Occorre riportare due precisazioni:

- 1) il dato degli iscritti include circa 2000 odontoiatri, le cui stime di pensionamento sono proporzionalmente molto inferiori rispetto a quelle dei medici (12,8% al 2031);
- 2) è possibile essere iscritti agli albi provinciali pur essendo andati in pensione. Per tale motivo, è stata selezionata la popolazione di iscritti con età inferiore ai 68 anni.

PROVINCIA	ISCRITTI OMCeO*	ISCRITTI CON ETÀ' <68 ANNI	PENSIONAMENTI AL 2031	% PENSIONAMENTI
Bari	9749	8708	3832	44,01
BAT	1956	1737	784	45,14
Brindisi	2127	1906	971	50,94
Foggia	4314	3922	1987	50,66
Lecce	5372	4868	2542	52,22
Taranto	3155	2793	1362	48,76
Puglia	26673	23934	11478	47,96

Tabella 4. Stima percentuale di pensionamenti fondo generale "quota A" Enpam, previsti a tutto il 2031, per iscritti agli Albi provinciali con età <68 anni. Fonte: Centro Elaborazione Dati Fnomceo

Si può affermare che, includendo nel conteggio gli iscritti all'Albo degli Odontoiatri, la percentuale già rilevante di pensionamenti della componente medica, venga sottostimata.

GRADUATORIE REGIONALI

L'ultima graduatoria regionale definitiva di Medicina Generale presa in esame per lo studio è la valevole per il 2016, che è stata pubblicata il 7 dicembre 2016. Nello specifico abbiamo preso in esame quella per il Settore Continuità Assistenziale. Essa include, infatti, i colleghi che non hanno alcun rapporto a tempo indeterminato nei settori di Continuità Assistenziale e di Assistenza Primaria. Il servizio di ex guardia medica rappresenta nella quasi totalità dei casi nella nostra regione il primo accesso ad un lavoro a tempo indeterminato nell'area della Medicina Generale e di fatto è la tappa che precede il convenzionamento per la Medicina di Famiglia

PROVINCIA	TOTALE ISCRITTI	EQUIPOLLENTI	EQUIP.<7,2pt	DIPLOMATI	MEDICI/100mila ABITANTI	DIPL/100000 ABITANTI
BARI	377	144	56	233	29,83	18,44
BAT	55	22	8	33	13,98	8,39
BRINDISI	66	33	6	33	16,56	8,28
FOGGIA	177	104	31	73	28,06	11,57
LECCE	186	104	32	82	23,13	10,20
TARANTO	109	55	13	54	18,60	9,21
FUORI REGIONE	257	68	16	189	6,30	
TOTALE RESIDENTI	970	462	162	508	23,79	
TOTALE ISCRITTI	1227	530	178	697	30,09	17,10

Tabella 5. Medici iscritti in graduatoria di Continuità Assistenziale 2016 (Regione Puglia), suddivisi per provincia.

Analizzare una sola graduatoria regionale fornisce una immagine statica del numero di colleghi teoricamente interessati ad intraprendere il percorso professionale della Medicina Generale. L'alto numero di nominativi presenti può infatti facilmente indurre a sovrastimare la quota di medici che intendono ottenere una convenzione a tempo indeterminato.

Occorre studiare le graduatorie di Continuità Assistenziale pubblicate in più anni successivi (nel nostro caso quelle valevoli per gli anni 2014, 2015, 2016) per avere una realistica stima della quota di professionisti che incrementano il loro punteggio attraverso le attività previste dall'Accordo Collettivo Nazionale vigente e che quindi dimostrano un reale interesse verso un percorso professionale nell'ambito della Medicina Generale. Osservando quindi le dinamiche di variazione di punteggio, i flussi dei nominativi in entrata e di quelli in uscita nelle graduatorie di più anni successivi, si è rilevato quanto di seguito sintetizzato:

Nelle graduatorie regionali pugliesi di Continuità Assistenziale valevoli per gli anni 2014-2015-2016 sono stati rilevati **1419 nominativi univoci**.

• **GRADUATORIA 2014:** 1015 nominativi, dei quali:

- 166 non residenti in Puglia
- **849 residenti in Puglia.** Di questi:
 - 118 non sono presenti nella graduatoria 2015
 - 48 non sono più presenti nella graduatoria 2016
 - **683 sono sempre presenti in graduatoria.** Di questi:
 - 293 non hanno cambiato punteggio
 - **390 hanno variato punteggio**

• **GRADUATORIA 2015:** 235 nuovi nominativi rispetto alla graduatoria 2014, dei quali:

- 60 non residenti in Puglia
- **175 residenti in Puglia.** Di questi:
 - 11 non sono presenti nella graduatoria 2016
 - **164 sono presenti nella graduatoria 2016.** Di questi:
 - 52 non hanno variato punteggio
 - **112 hanno variato punteggio**

• **GRADUATORIA 2016:** 169 nuovi nominativi rispetto alla graduatoria 2015, dei quali:

- 46 non sono residenti in Puglia
- **123 sono residenti in Puglia**

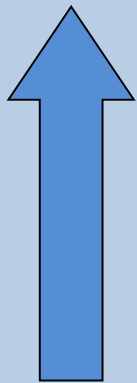
Dalla sintesi appena esposta è possibile osservare come, a fronte di 1419 singoli nominativi nelle graduatorie di Continuità Assistenziale della Puglia, i colleghi residenti in Puglia che “muovono” la graduatoria siano 502. Ad essi occorre aggiungere i nuovi ingressi dei residenti nel 2016, dei quali va stimata (vedi paragrafo successivo) la quota di colleghi realmente interessati alla professione nell’ambito della Medicina Generale.

CALCOLO DELLA RISERVA

A modello organizzativo invariato, il calcolo dei fabbisogni non è un semplice conteggio di pensionamenti e nuovi ingressi nell'area professionale oggetto di studio. Nel precedente paragrafo è stato analizzato un terzo fattore, la graduatoria regionale, che notoriamente è il più difficilmente interpretabile per via dell'accumularsi, anno dopo anno, di nominativi che non vengono rimossi se non a convenzione acquisita. Un quarto fattore è rappresentato dal numero di colleghi che annualmente acquisiscono il diploma di Formazione in Medicina Generale e che annualmente entrano in graduatoria. Spesso si commette l'errore di considerare il numero di nuovi ingressi nel sistema pari al numero di borse erogate per il relativo triennio formativo. In realtà ciò non è corretto, perché è necessario prendere in considerazione sia gli abbandoni durante il corso, sia la quota di colleghi che, subito dopo il diploma, entra nei corsi di specializzazione universitaria o comunque segue percorsi professionali differenti da quello della Medicina Generale. Nel caso specifico della Puglia, analizzando il rapporto fra diplomati e borse erogate (ed escludendo dal conteggio il corso triennale 2007-2010, atipico per un numero di diplomati inferiore alle 10 unità su 85 borse messe a bando), è stato riscontrato che la percentuale di colleghi che portano a termine il triennio formativo è del 74%. Di queste ed altre considerazioni utili ad affinare il calcolo del fabbisogno si è tenuto conto nel corso dell'analisi.

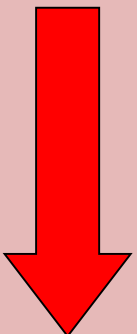
Per chiarezza, si ribadisce che la riserva iniziale calcolata per il 2016 prende in considerazione i medici in graduatoria per la Continuità Assistenziale, quindi al di fuori di un eventuale sistema a Ruolo Unico o comunque al di fuori dall'attuale pianta organica stabile costituita dalla Continuità Assistenziale e dall'Assistenza Primaria.

La curva della riserva che successivamente verrà illustrata rappresenta il risultato della somma algebrica dei seguenti fattori:



FATTORI CHE INCREMENTANO LA RISERVA DI MEDICI DI MG

- Medici residenti in Puglia con almeno un incremento di punteggio nel triennio 2014-2015-2016: **502**
- Nuovi ingressi di medici residenti in graduatoria regionale 2016, dei quali nel 2017 il 70% cambierà punteggio (stima in base a proporzione calcolata su dato storico): **86**
- Medici diplomati (negli anni 2015-2016) non ancora in graduatoria, inseriti nel previsto anno di ingresso secondo l'ACN vigente: **186**
- Proiezione dei diplomati (calcolata al 74% delle borse erogate, su dato storico degli ultimi 8 anni) inseriti in graduatoria nel previsto anno di ingresso, secondo ACN vigente: **219** fino al 2021 e **74** per anno dal 2022 in poi



FATTORI CHE RIDUCONO LA RISERVA DI MEDICI DI MG

- Medici che hanno acquisito il diritto di andare in pensione al 2016 o in anni precedenti non essendoci ancora andati: **196**
- Totale pensionamenti di Continuità Assistenziale e di Assistenza Primaria, inseriti nel calcolo della riserva anno per anno: **tot 3364** al 2031
- Incarichi di ore carenti del 2015, pubblicati ed assegnati a colleghi i cui nominativi sono presenti però ancora presenti in graduatoria vigente: **86**

È possibile dunque costruire una curva che rappresenti la variazione della riserva di medici di Medicina Generale nel tempo. Secondo il modello utilizzato, la riserva in Puglia si esaurisce, negativizzandosi, nel 2022. Il deficit sarà rapidamente progressivo, portando nel 2031 ad un ammanco di oltre 1500 medici.

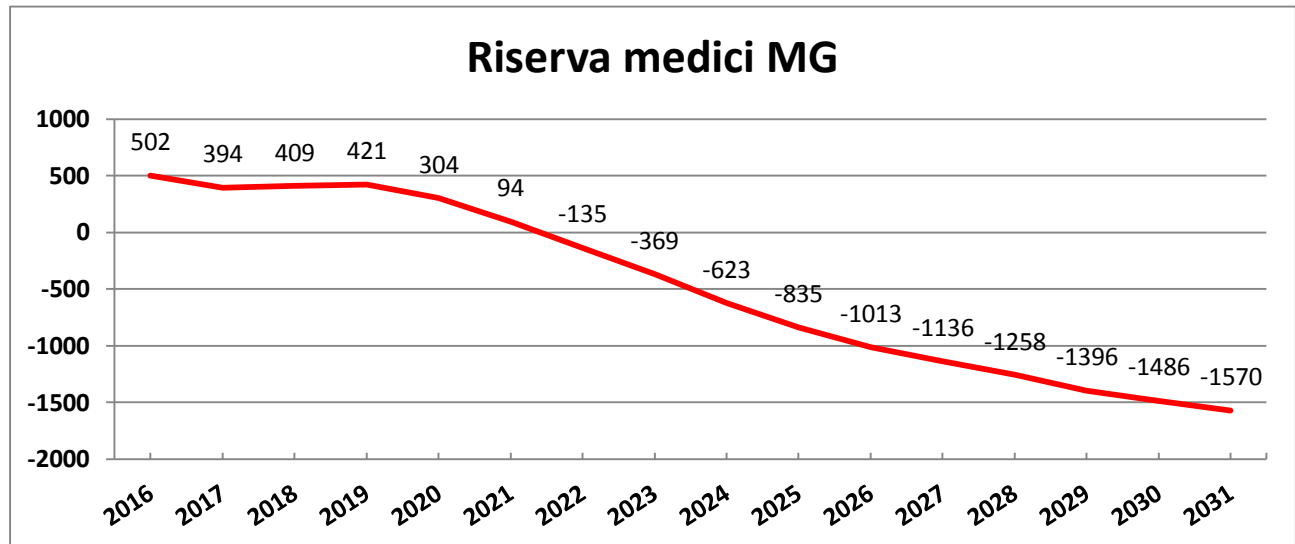


Figura 2. Variazione nel tempo della riserva di Medici di Medicina Generale nella Regione Puglia.

La suddivisione per residenza dei nominativi in graduatoria a cui è associata variazione di punteggio, lo studio del numero di diplomati per provincia negli ultimi 8 anni (quindi le proporzioni e rapporti con i quali essi si distribuiscono nella regione Puglia) ed i dati sui pensionamenti Enpam a livello provinciale, hanno consentito di effettuare una stima dell'andamento della riserva di medici nel tempo per ogni singola Azienda Sanitaria Locale.

ANNO	BARI	BAT	BRINDISI	FOGGIA	LECCE	TARANTO	PUGLIA
2016	211	24	35	73	101	57	502
2017	198	22	22	51	74	26	394
2018	215	25	18	51	79	20	409
2019	237	25	22	48	72	16	421
2020	219	25	3	27	45	-18	304
2021	171	8	-24	-11	1	-53	94
2022	123	-4	-53	-48	-63	-92	-135
2023	80	-25	-81	-105	-111	-129	-369
2024	28	-46	-112	-150	-190	-157	-623
2025	-31	-67	-139	-195	-232	-177	-835
2026	-68	-82	-154	-227	-283	-205	-1013
2027	-85	-94	-164	-267	-309	-225	-1136
2028	-120	-106	-173	-292	-333	-244	-1258
2029	-161	-114	-185	-317	-361	-270	-1396
2030	-175	-122	-197	-336	-390	-280	-1486
2031	-195	-129	-215	-350	-409	-288	-1570

Tabella 6. Variazione nel tempo della riserva di Medici di Medicina Generale per provincia. In giallo, l'anno di negativizzazione della riserva.

In base a questa stima la prima provincia ad esaurire la riserva sarebbe Taranto nell'anno 2020, mentre l'ultima sarebbe Bari nell'anno 2025.

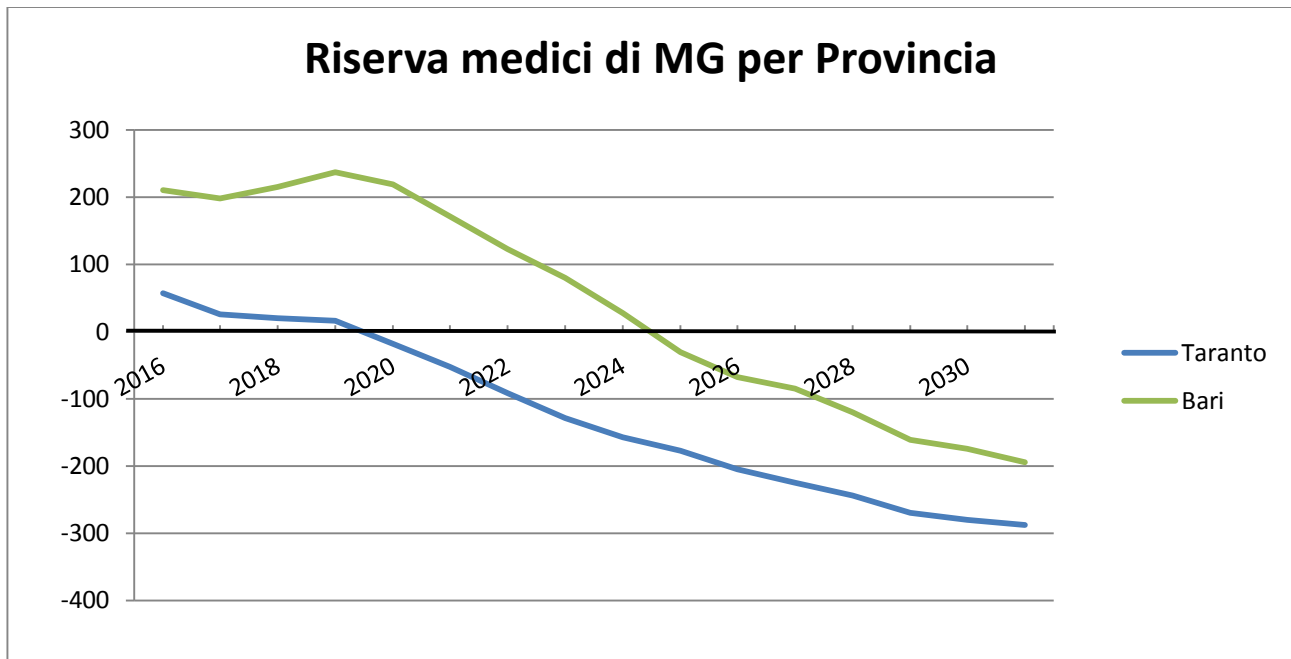


Figura 3. Variazione nel tempo della riserva di medici di Medicina Generale per provincia: prima ed ultima provincia a negativizzare la riserva.

Le stime rappresentate dalla curva in figura 2 e dalla tabella 6 presentano chiaramente alcuni bias dovuti a fattori non ponderabili fra i quali:

- l'individuale volontà di seguire un percorso delle cure primarie dopo l'acquisizione del diploma, che si è stimato sulla base di dati storici, ma che può subire variazioni sulla base di imponderabili mutamenti di contesto;
- il sopravvenuto disinteresse da parte di una quota di coloro che hanno variato anche solo una volta il punteggio in graduatoria nel triennio di studio e, al contrario, la scelta di una piccola parte di colleghi di entrare nella Medicina Generale dopo anni di attività e di punteggio invariato;
- l'effettivo pensionamento del personale all'età di 68 anni e non prima o successivamente (fino a 70 anni);
- i trasferimenti da e per altre regioni;
- la variazione numerica della popolazione residente in Puglia che conseguentemente varia il numero di medici necessari in base ad un rapporto ottimale;
- invalidità e mortalità del personale medico;
- l'ipotesi che tutti gli ambiti e le ore carenti siano in egual misura attrattivi su tutto il territorio pugliese, con turnover quindi omogeneo a livello regionale;

Come è facile dedurre, alcuni di questi bias tendono a sottostimare la riserva e altri a sovrastimarla. Nello studio si è scelto di privilegiare i secondi, dimostrando che in ogni caso la realizzazione del rapido turnover del personale medico rappresenta un forte criticità.

Infatti, anche considerando la sola Assistenza Primaria come settore da preservare in termini di pianta organica per il futuro, si può notare dal grafico seguente che la riserva si esaurirebbe nell'anno 2023. Il grafico

analizza cioè il caso in cui gli stessi medici con incarico esclusivo ed a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale vengano considerati, insieme ai medici in graduatoria, come riserva per l'Assistenza Primaria

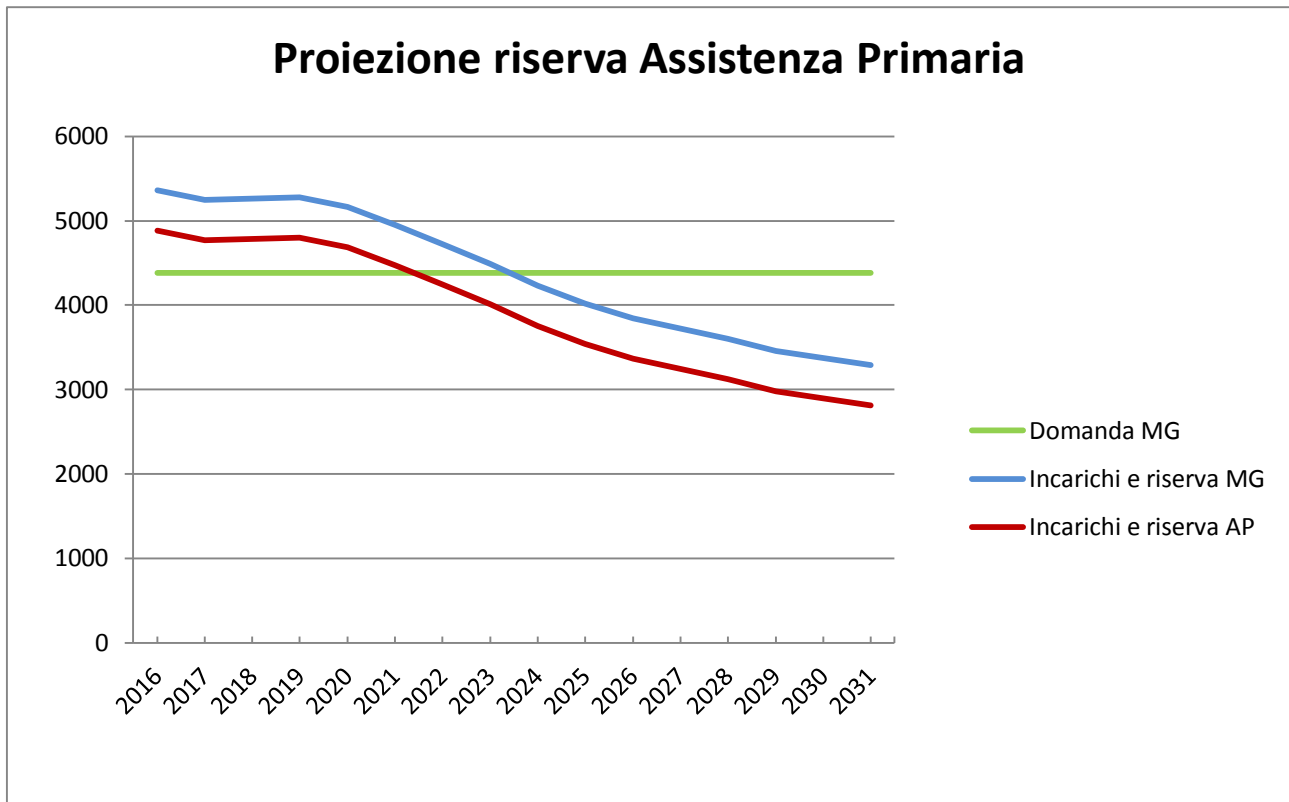
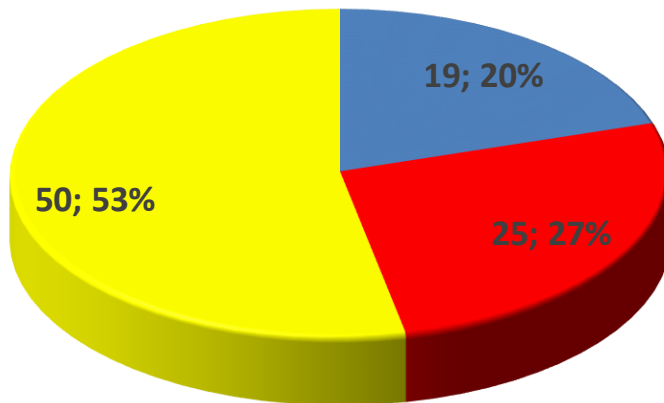


Figura 4. Variazione nel tempo del numero di medici titolari e della riserva per l'Assistenza Primaria (AP). Nell'ipotesi di numero ottimale di pazienti per ogni medico, la Continuità posticiperebbe l'esaurimento della riserva di soli 2 anni.

Lo studio non contempla un altro settore della Medicina Generale non inserito nel Ruolo Unico dalla legge Balduzzi: l'Emergenza Territoriale (SET). Si tratta di un settore in realtà già in piena crisi di personale, che anticipa quanto può verificarsi a breve nel resto del comparto anche dal punto di vista delle conseguenze organizzative. A titolo esemplificativo la figura 5 mostra la composizione dei colleghi titolari a tempo indeterminato nelle ASL di Bari e Foggia. Sebbene per svolgere la professione medica nel SET sia necessario il diploma di Formazione in Medicina Generale, in entrambe le ASL la maggioranza dei titolari non ne è in possesso. Ciò è stato possibile per il susseguirsi di alcune leggi regionali che hanno rappresentato sostanzialmente delle sanatorie per i colleghi che da anni erano lavoratori precari. I tribunali hanno però definito che questi percorsi di stabilizzazione non sono praticabili e, secondo il parere degli autori dello studio, non devono essere le sanatorie a programmare e qualificare una professione. L'obiettivo nel mostrare questi dati è quindi duplice:

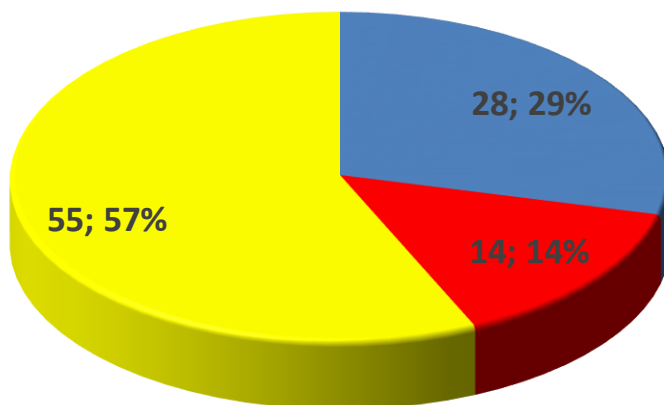
- sottolineare, come precedentemente accennato, che alla carenza di personale consegue una destabilizzazione organizzativa del sistema;
- rilevare come, anche nell'ipotesi del passaggio di tutto il personale con diploma di Medicina Generale o titolo equipollente nell'area del Ruolo Unico, lo stesso personale determini un incremento esiguo della riserva precedentemente illustrata.

TITOLARI 118 ASL Ba (tot: 94)*



- Titolari presenti in graduatoria con titolo Equipollente
- Titolari presenti in graduatoria con titolo MMG
- Titolari non presenti in graduatoria

TITOLARI 118 ASL Fg (tot: 96)



- Titolari presenti in graduatoria con titolo Equipollente
- Titolari presenti in graduatoria con titolo MMG
- Titolari non presenti in graduatoria

Figura 5. Personale del Servizio di Emergenza-Urgenza territoriale delle Aziende Sanitarie Locali di Bari e Foggia

* la pianta organica di riferimento per l'Asl Bari è del 2014

IL CARICO ASSISTENZIALE

Il quadro fin qui delineato getta ombre sul futuro della Medicina Generale in Puglia. Una carenza di medici sul territorio, come quella stimata attraverso questo studio, mette a rischio la tenuta dell'intero comparto, con forti ripercussioni sull'assistenza al cittadino.

Fino a che punto, infatti, un organico sottodimensionato può sopperire alle carenze del sistema? Per rispondere a questa domanda, sono stati sviluppati modelli teorici con hanno lo scopo di valutare come il carico assistenziale e la riserva di medici possono variare nel tempo.

Ai fini di un'analisi del carico assistenziale, è stato fatto riferimento alla popolazione residente in Puglia al gennaio 2016, con più di 14 anni (dati Istat), per calcolare l'ottimale teorico relativo alla intera pianta organica attuale di Assistenza Primaria. I dati ottenuti sono i seguenti:

- popolazione residente in Puglia: 4.077.166
- popolazione residente in Puglia con più di 14 anni: 3.514.389
- carico assistenziale/medico: 1072,11 pazienti

È stato precedentemente sottolineato che questo valore di rapporto ottimale è un valore teorico, perché il numero medio effettivo di pazienti per medico, a giugno 2016, era secondo i dati Edotto pari a 1085.

Sulla scorta del calcolo della riserva e considerando nella domanda di personale medico sia i medici di Assistenza Primaria, sia gli incarichi di Continuità Assistenziale, è stato possibile elaborare una serie di ipotesi sugli effetti della variazione dell'attuale rapporto ottimale medici/pazienti.

È importante sottolineare come il sistema sia attualmente sostenuto da:

- medici che esercitano esclusivamente l'Assistenza Primaria;
- medici che esercitano esclusivamente la Continuità Assistenziale;
- medici con doppio incarico di Assistenza Primaria (nr. assistiti < 650) e Continuità Assistenziale.

Se tutti i medici di Assistenza Primaria fossero ad ottimale previsto dal contratto (1000 pazienti), non vi sarebbero medici a doppio incarico; tutti gli incarichi di Continuità Assistenziale sarebbero coperti da personale titolare ad incarico esclusivo. Il numero di unità necessarie incrementerebbe e già oggi il sistema andrebbe in default per carenza di personale. In realtà ciò non avviene per l'esistenza di un tetto massimale di pazienti per medico pari a 1500. La forbice fra ottimale e massimale determina disomogeneità nella distribuzione assistiti fra i medici. Ne consegue un'acquisizione graduale di pazienti da parte di una fascia di colleghi che sono al di sotto dell'ottimale e svolgono quindi doppio incarico fino alle 650 scelte. È stato postulato, ai fini delle proiezioni che seguiranno, che il carico di lavoro dei medici a doppio incarico continui ad essere coperto dagli stessi medici. È evidente che la distribuzione della quota oraria rappresenta un aspetto nella distribuzione dei carichi di lavoro che richiederà una rivisitazione delle norme nel prossimo Accordo Collettivo, ai fini della sostenibilità reale degli stessi carichi.

Nell grafico sottostante è possibile osservare le conseguenze di un incremento di ottimale a 1300 pazienti per medico a partire dal 2019, con spostamento della negativizzazione della riserva complessiva della Medicina Generale al 2024.

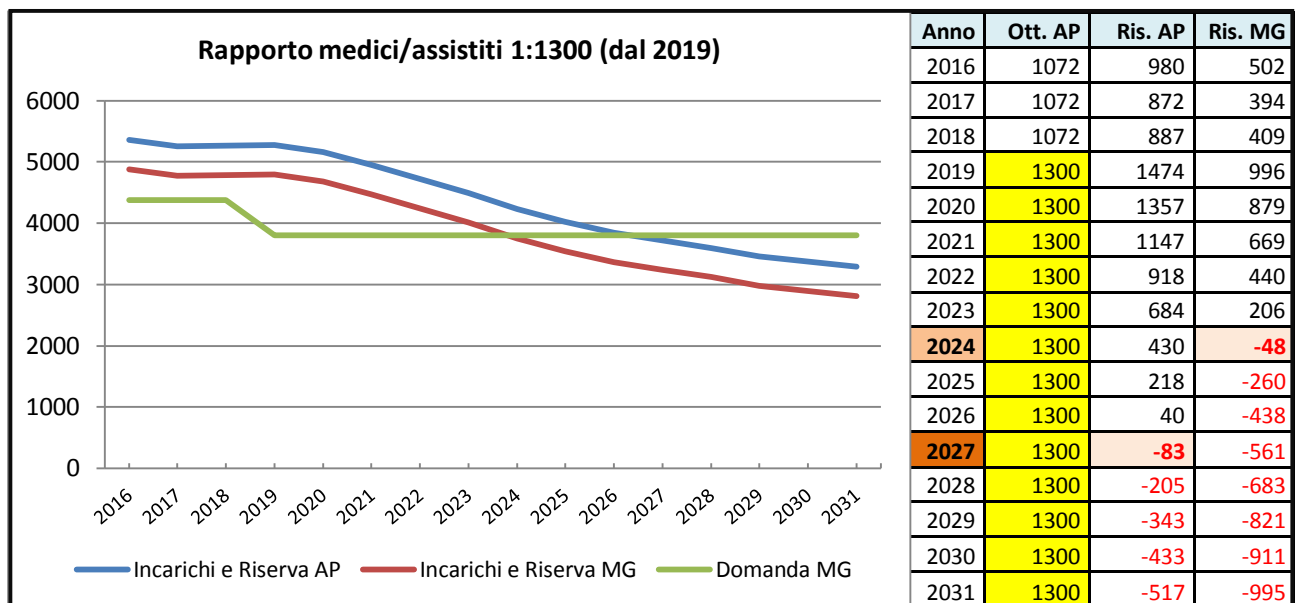


Figura 6. Variazione esaurimento riserva, in seguito ad aumento dell'ottimale a 1300 a partire dal 2019

Appare chiaro come sia necessario intervenire sul rapporto ottimale per anticipare il previsto incremento del carico assistenziale e ciò richiede accurate analisi che individuino l'entità delle modifiche di tale rapporto, le tempistiche ideali con le quali apportarle e le modalità e strutturazione del cambiamento, con eventuali misure accessorie.

Modificare il carico assistenziale in maniera avventata nei tempi e nelle proporzioni può causare una difficoltà di accesso alla convenzione da parte dell'attuale riserva di medici in attesa di convenzione. Le conseguenze sarebbero ovvie e cioè quelle di una ulteriore dispersione di colleghi in possesso di diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale verso altre aree, con ulteriore danno alla tenuta del sistema. Si procede quindi, come precedentemente anticipato, con una serie di modelli teorici attraverso i quali è possibile vedere come, variando il carico assistenziale medio per medico, si riduce la domanda di professionisti dell'area della Medicina Generale. Si tratta di modelli in ogni caso teorici, poiché probabilmente la distribuzione dei pazienti in Assistenza Primaria fino a nuovo ottimale sarebbe più graduale rispetto a quanto graficamente rappresentato.

La prima ipotesi che viene illustrata è quella di un incremento di carico assistenziale a 1500 pazienti per medico, a partire dall'anno 2018.

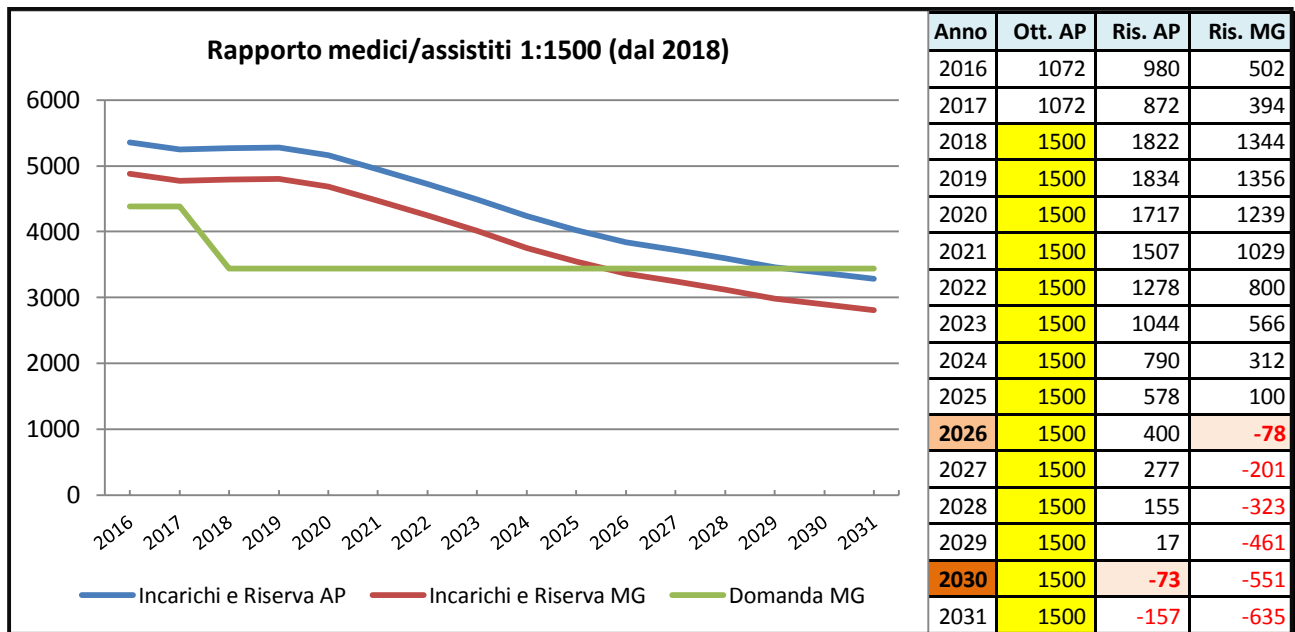


Figura 7. Variazione esaurimento riserva, in seguito ad aumento dell'ottimale a 1500 a partire dal 2018

In base a tale ipotesi la riserva di medici di Medicina Generale si esaurirebbe nel 2026. Apportando la stessa modifica del carico di assistiti (1500 pazienti) a partire dal 2020, osserviamo nell'immagine successiva come resti immutato l'anno di esaurimento della riserva. Ciò che varia, invece, è l'area fra domanda ed offerta di lavoro, ovvero il tempo di attesa per la convenzione dei colleghi in graduatoria di Continuità Assistenziale. Posticipando un intervento sul carico assistenziale, si riducono i tempi di attesa.

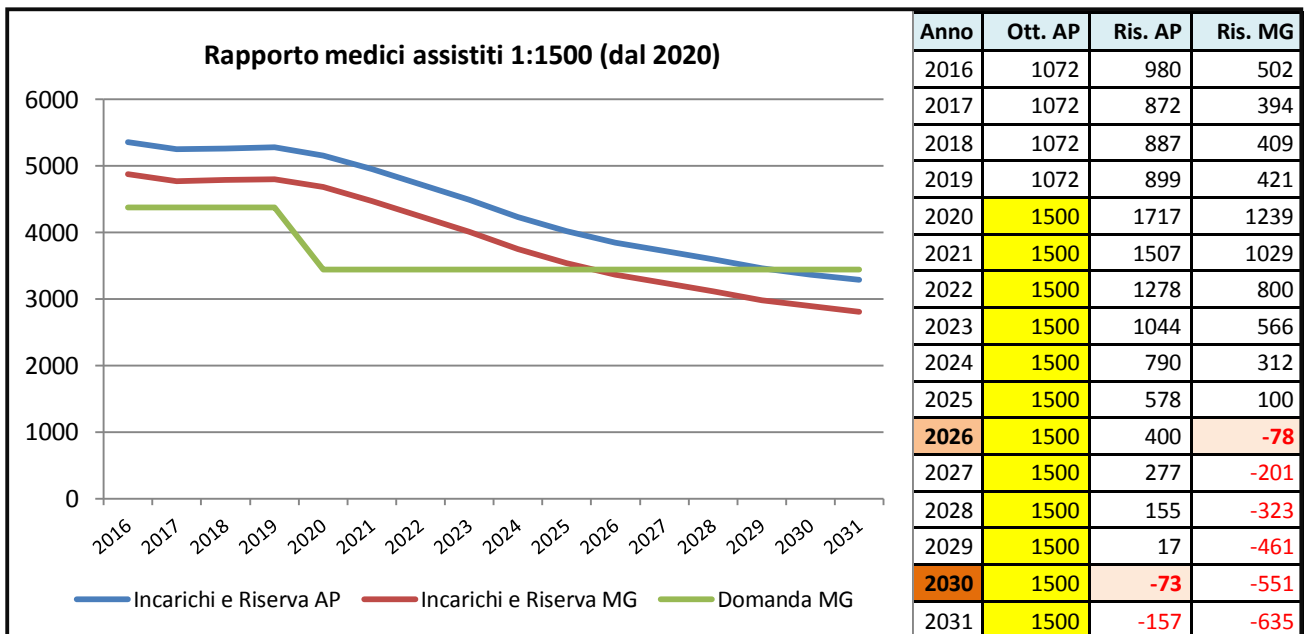


Figura 8. Variazione esaurimento riserva, in seguito ad aumento dell'ottimale a 1500 a partire dal 2020

Quanto mostrato fino ad ora dimostra come un rilevante carico di lavoro assegnato ad ogni singolo medico, pari al massimale di pazienti attualmente consentito dalle norme vigenti, sia largamente insufficiente a sopperire alla prevista carenza di personale. Nei grafici successivi si verificherà, incrementando

progressivamente il numero di pazienti per medico, con quale cifra si raggiungerebbe l'ottimale teorico utile a garantire la presa in carico di tutti i cittadini pugliesi.

Nell'ipotesi di incremento del numero di assistiti per medico fino a 1700, a partire dal 2019, si osserva che la riserva si esaurirebbe nel 2028.

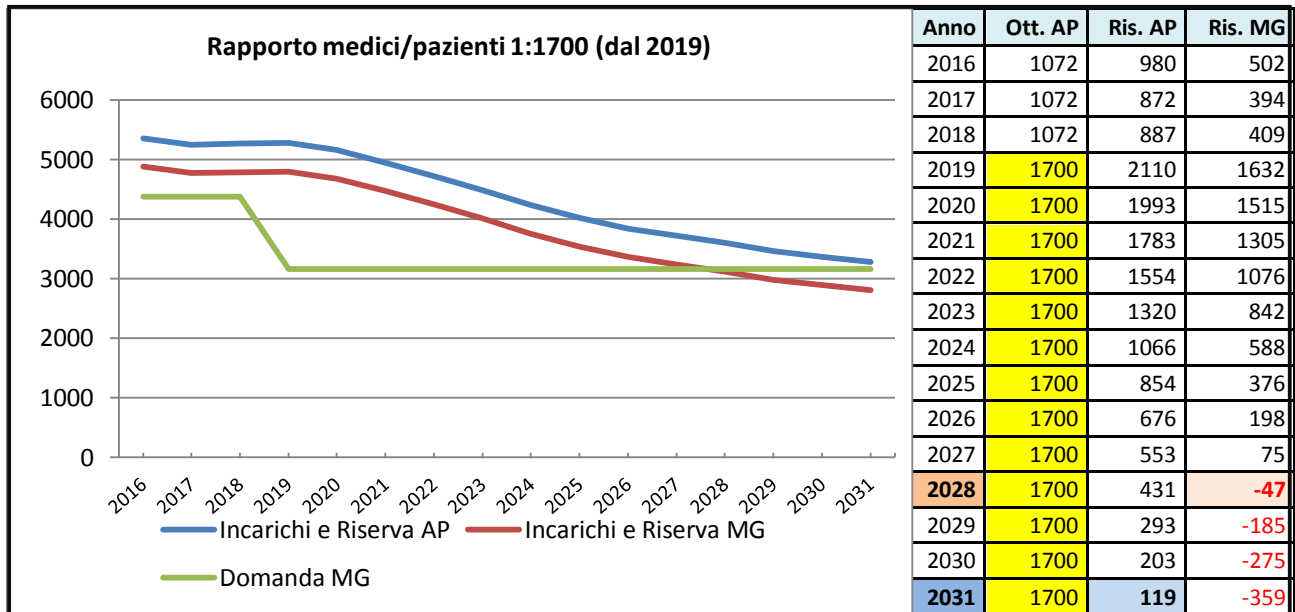


Figura 9. Variazione esaurimento riserva, in seguito ad aumento dell'ottimale a 1700 a partire dal 2019

Incrementando il carico di assistiti a 1900 pazienti per medico la riserva si esaurirebbe nell' anno 2030.

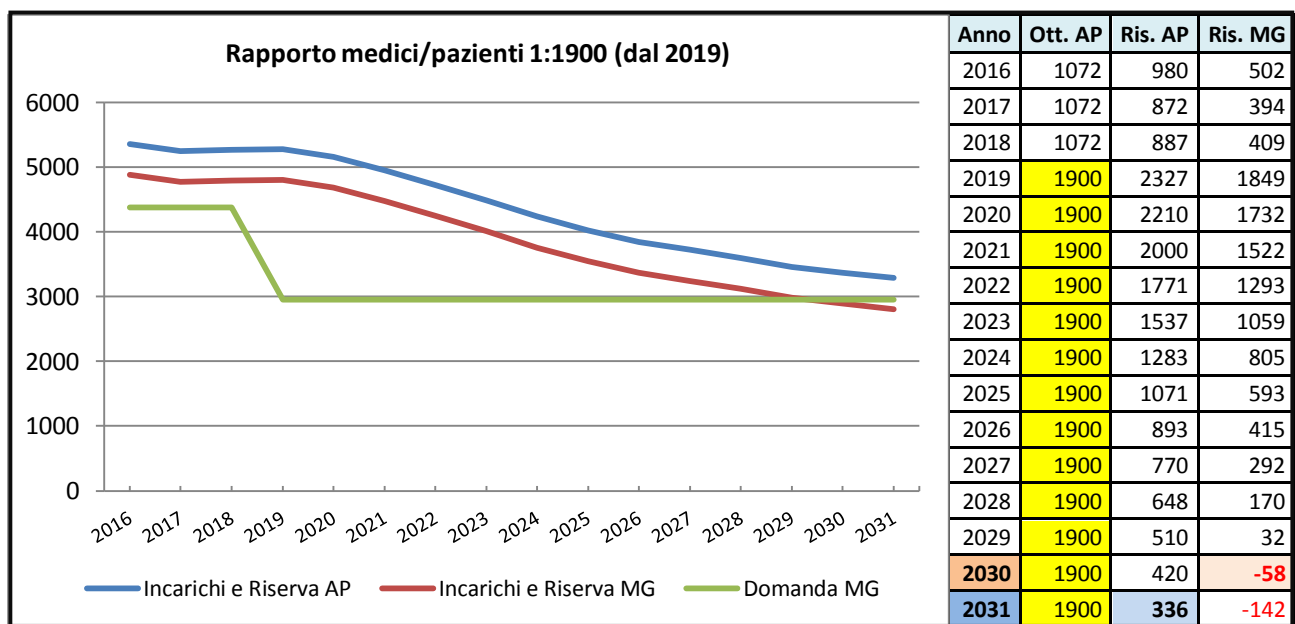


Figura 10. Variazione esaurimento riserva, in seguito ad aumento dell'ottimale a 1900 a partire dal 2019

Affinché il sistema della Medicina Generale non soffra di una carenza di personale medico fino al 2031, sarebbe necessario incrementare la quota di assistiti per medico fino a 2100.

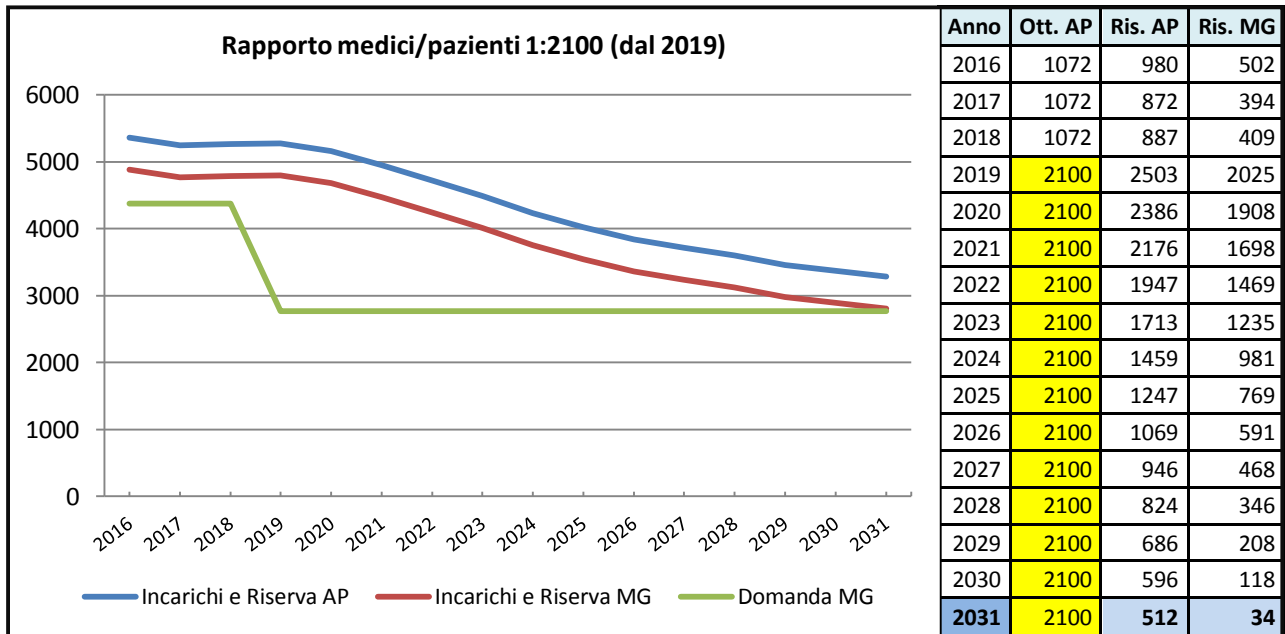


Figura 11. Variazione esaurimento riserva, in seguito ad aumento dell'ottimale a 2100 a partire dal 2019

Una simile soluzione pone però due problemi principali:

1. Se applicata nel breve periodo, essa può, come accennato precedentemente, creare difficoltà di accesso alla professione per i medici non ancora convenzionati, con rischio di dispersione e quindi di riduzione della stessa riserva e quindi ridotta possibilità di ricambio dei medici.
2. La reale possibilità per il singolo professionista di assistere al meglio il cittadino dovendo farsi carico di un così alto numero di pazienti

Per cercare di dare risposta alla prima criticità, è stato realizzato un modello ad incremento progressivo del numero di assistiti per medico nel tempo, in modo tale da mantenere non troppo ampie le distanze tra la curva dell'offerta e quella della domanda di lavoro. Ciò garantirebbe l'accesso alla convenzione evitando un effetto imbuto che penalizzerebbe tanto i convenzionati quanto chi alla convenzione vuole accedere. Nella figura 12 si vede come un simile meccanismo può essere applicato per un graduale raggiungimento di un carico di pazienti pari a 2100, che è quello teoricamente utile a garantire la tenuta del sistema.

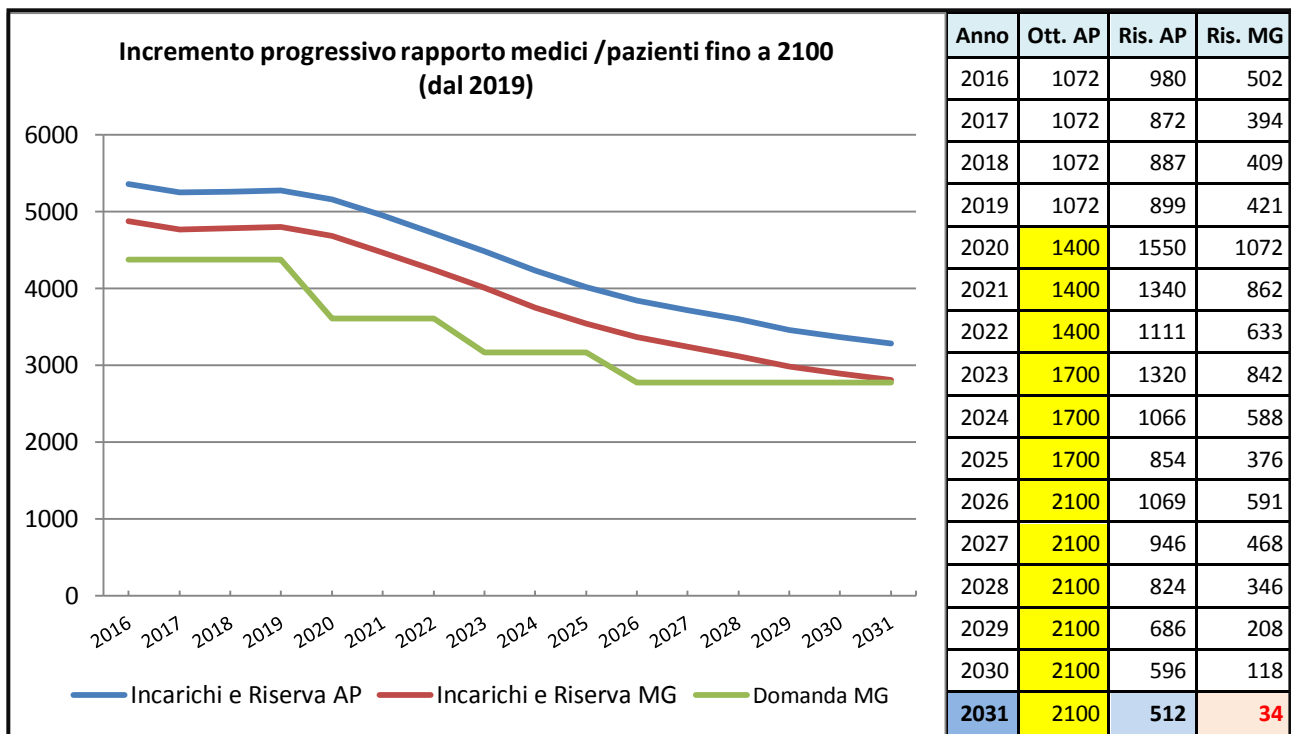


Figura 12. Variazione esaurimento riserva, in seguito ad aumento progressivo dell'ottimale fino a 2100 a partire dal 2019

Un tale modello non fornisce soluzioni per la seconda delle criticità precedentemente elencate, ipotizzando un numero di pazienti (2100) per medico che rappresenterebbe un carico di lavoro che a fatica si potrebbe assolvere. Di questo aspetto ci si occuperà nei due seguenti paragrafi.

LE BORSE DI STUDIO PER LA FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

Le borse messe a bando in Puglia per il corso di Formazione Specifica in Medicina Generale sono un fattore che è stato preso in considerazione nel calcolo della riserva.

Borse corso di Formazione Specifica in Medicina Generale								
2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Totale
100	100	100	120	120	100	80	100	820

Tabella 7. Numero di borse messe a bando per il triennio di Formazione Specifica in Medicina Generale – Regione Puglia

Negli ultimi 8 anni sono stati messi a bando 820 posti per il triennio formativo. In realtà, l'analisi del dato storico consente di affermare che solo il 74% delle borse porta all'effettiva formazione di un medico di Medicina Generale. La percentuale di abbandono del corso è quindi un elemento da tenere in considerazione per programmare la professione.

Da più parti, con Fimmg in prima linea, è stato richiesto al Ministero della Salute un incremento dei fondi destinati alla formazione di nuovi Medici di Medicina Generale. L'ondata di pensionamenti prevista rende quanto mai urgente tale provvedimento, considerando che, stando alle normative vigenti, una borsa di studio erogata oggi soltanto fra 5 anni si tramuterà in un collega pronto a prendere la convenzione.

Sulla scorta di quanto visto nelle rappresentazioni grafiche del paragrafo precedente, è possibile teorizzare un incremento del numero attuale di borse di studio tale da immettere nella Medicina Generale un numero di professionisti sufficiente a ridurre quel carico di lavoro (2100 assistiti) che sarebbe utile a preservare il sistema, ma di fatto insostenibile per il singolo medico. Un aumento progressivo del carico assistenziale fino ad arrivare a 1500 pazienti per medico nell'anno 2023, con raddoppio delle borse messe a bando nel 2017, per un totale di 200 a partire dal 2018, renderebbe possibile una sostenibilità dell'intero sistema fino al 2031, con ottimale appunto a 1.500

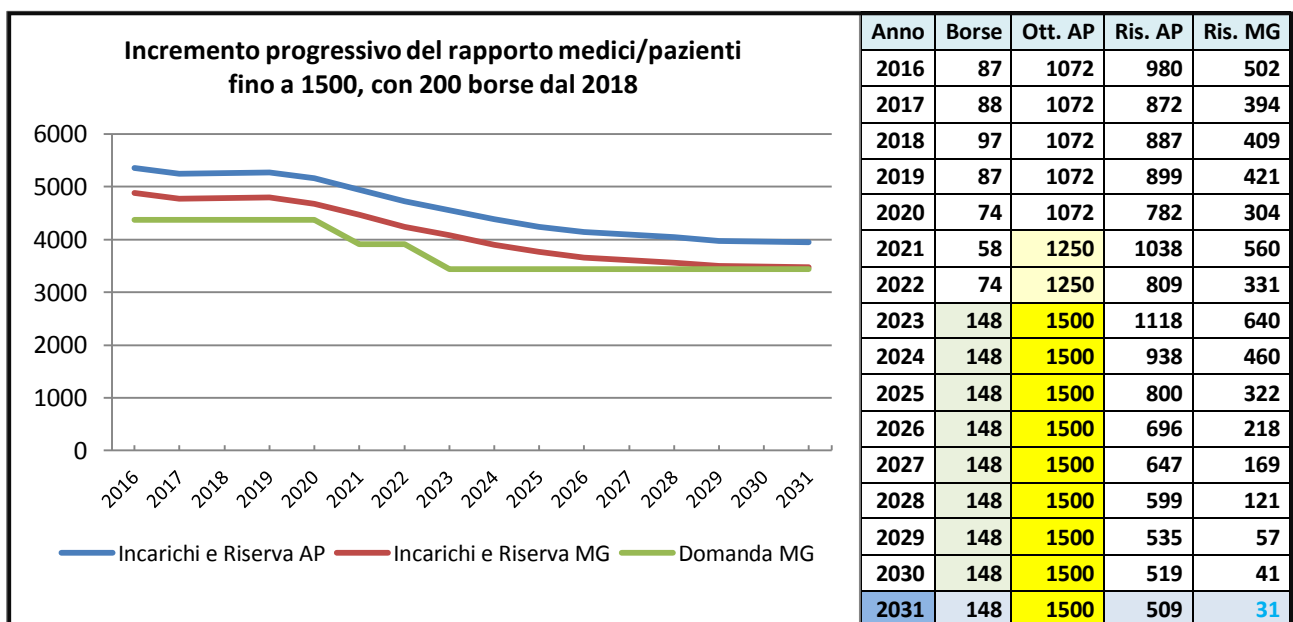


Figura 7. Incremento progressivo del rapporto medici/pazienti fino a 1500, con 200 borse a partire dal 2018. Per il calcolo della riserva sono state prese in considerazione ogni anno il 74% delle borse di studio (vedi testo).

Il costo di ulteriori 100 borse di studio per il Ministero sarebbe di 1.400.000 euro circa per anno, inclusi i finanziamenti per le spese organizzative del corso.

Ma sarebbe possibile, investendo tale cifra, reclutare ogni anno 100 colleghi in più, interessati al percorso professionale nella Medicina Generale? Sulla base del numero di immatricolazioni alle facoltà di Medicina - si ricorda che il fenomeno dei ricorsi contro il test di ingresso ha ulteriormente incrementato gli accessi al percorso universitario - si prevede un numero di laureati nei prossimi anni costantemente superiore al livello attuale di borse erogate. Ma già allo stato attuale il saldo fra borse messe a bando e medici laureati è negativo. Le borse oggi non sono sufficienti per tutti e il risultato di questi ultimi anni è quello che da più parti viene definito “imbuto formativo”, il quale costringe un numero consistente di colleghi in un limbo di precarietà e di mancata realizzazione professionale. Basti ricordare che al concorso post laurea 2016, circa 6.500 dei quasi 14.000 candidati sono rimasti esclusi dalle scuole di specialità. Inoltre, uno studio Fimmg Formazione Puglia, pubblicato nel Maggio 2017, ha evidenziato come solo il 18% dei candidati al concorso per la Formazione triennale in Medicina Generale abbia ottenuto la borsa di studio; soltanto nelle 12 regioni in cui è stato possibile studiare il dato dei colleghi realmente presentatisi a sostenere la prova di concorso, gli esclusi superano le 2300 unità. Stime della Federazione Nazionale degli Ordini prevedono per quest’anno un numero di esclusi dall’accesso alle borse post laurea pari a 10.000 unità. Questi dati, descrivendo l’entità del problema, motivano la situazione occupazionale critica, rilevata dalla Fnomceo, dei giovani medici compresi nella fascia di età 25-39 anni, dove è già presente un’area di disoccupazione-sottoccupazione-precariato e giustificano l’allarme da più parti lanciato sulla necessità di aumentare il numero di borse di formazione post laurea, incluse quindi quelle per la Formazione in Medicina Generale.

CONCLUSIONI

L'analisi sintetizzata in questo documento è stata realizzata con il primario obiettivo di evidenziare l'emergenza rappresentata dalla carenza di professionisti che investirà la regione Puglia nei prossimi anni. Così come per larghissima parte delle regioni italiane, l'ondata imminente di pensionamenti nell'area della Medicina Generale non è inattesa ed è anzi stata da più parti largamente anticipata attraverso gli organi di informazione.

È sembrato doveroso, però, oggettivare le dimensioni del fenomeno, integrandolo con quello che vuole essere un modello per la programmazione regionale di semplice applicazione.

Con tale modello si è voluto dimostrare che è possibile stimare il fabbisogno futuro di medici; è possibile decidere come, quando e in quale misura ristrutturare la Medicina Generale per renderla sostenibile; è possibile moderare questa ristrutturazione con un'adeguata programmazione della Formazione in Medicina Generale.

In presenza di simili strumenti è inammissibile ignorare i problemi evidenziati o effettuare scelte che seguano binari diversi da quello che garantisce l'assistenza del cittadino sul territorio. E non rimane molto tempo per trovare una soluzione ai problemi esposti. Al decisore politico, alle istituzioni, non è richiesto quindi l'ennesimo intervento parziale e temporaneo.

È il momento di riprogrammare la professione attraverso una riflessione organica e di lungo periodo, che porti a molteplici interventi. Incrementare il numero di borse di studio non è una misura sufficiente. Incrementare il carico assistenziale per ogni singolo medico non è una misura sufficiente. Nemmeno l'attuazione di entrambi i provvedimenti rappresenta una misura sufficiente a garantire l'assistenza al cittadino nel futuro prossimo.

Un modello teorico che arriva ad ipotizzare la necessità di assistere un numero di cittadini che va da 1500 a 2100, sottolinea l'urgenza di provvedimenti che determinino una evoluzione organizzativa della Medicina Generale, che dinanzi a certe cifre non può prescindere dalla facilitazione del lavoro in aggregazione e dal sostegno dell'attività medica attraverso infermieri e personale di studio.

Considerato l'imminente turnover di professionisti, si tratta di tematiche che toccano prevalentemente i giovani colleghi, inclusi coloro che sono in attesa di convenzionamento. Giovani che sono stretti fra la difficoltà occupazionale dell'oggi e il rischio che l'ambito professionale per il quale si sono formati, non viva della stessa stabilità di cui hanno potuto godere i colleghi più esperti.

È di stretto interesse dei giovani colleghi che tempi e modalità di intervento sul sistema siano scelti dalla politica e da tutte le parti in causa in maniera oculata. Gli strumenti ci sono e questo studio, con il suo contributo, lo dimostra, così come Fimmg è pronta a fornire il suo per la riorganizzazione della professione.

STUDIO COORDINATO DA:

Pietro Drago, Antonio Velluto

ELABORAZIONE DATI:

Antonio Velluto, Filomena Parisi, Carlo Izzo, Domenico Aloia, Michele Ancona

RACCOLTA DATI:

Antonio Velluto, Filomena Parisi, Carlo Izzo, Domenico Aloia, Dario Scattarella, Filomena Sportelli, Michele Abbinante, Michele Ancona, Alessandra Maino, Francesca Rella, Gaetano Lops, Davide Ficco

PAGINA FACEBOOK: <http://www.facebook.com/FimmgPugliaCA>

FIMMG BARI

Via Santi Cirillo e Metodio, 5/B

70124 – BARI

Tel. 0805043779 - Fax 0805096770

e-mail bari@fimmg.org