

ORIGINAL ARTICLE

IMBALANCES IN THE PHISICIANS' ITALIAN WORKFORCE:
EUROPEAN COMPARISON AND PROSPECTS**CRITICITÀ DELLA PROFESSIONE MEDICA IN ITALIA:
CONFRONTO EUROPEO E PROSPETTIVE FUTURE**

RAFFAELE LATOCCA*, CLAUDIA TOSO**, GIANCARLO CESANA***

*Direttore Unità di Medicina Occupazionale ed Ambientale – A.O. S. Gerardo di Monza; **Scuola di Specializzazione in Medicina del Lavoro – Università degli Studi Milano-Bicocca ***Centro Studi Patologie Cronico Degenerative – Università degli Studi di Milano-Bicocca

Abstract – Problems related to imbalances in the medical workforce are one of the most important challenges that developed countries need to face in order to avoid qualitative and quantitative deterioration of health care services. An accurate comparison of the operating health workforce in European countries shows that there are some critical issues related to medical personnel in Italy:

- excessive number of medical doctors graduated during 1960-2000
- underemployment
- progressive aging of employed doctors
- increasing percentage of female personnel
- low salaries
- inadequate post-graduate educational training

Some factors have been highlighted as responsible for imbalances in the medical workforce in Italy:

- centralized governance of the health care system, including control of private initiatives
- fixed salaries, which do not reward the achievement of health care improvements
- impossibility for young doctors to gain access to permanent positions in the health care system and to contribute with their energy to the changes that the system needs

Keywords: doctors, health care system, Italy.

Journal of Medicine and the Person 2004, 4: 01

Received October 10th, 2003; Accepted November 26th, 2003

1. INTRODUZIONE

Gli organi di coordinamento europeo: Unione Europea Medici Specialisti (UEMS), Associazione Europea Medici Ospedalieri (AEMO) e Federazione Europea Medici Dipendenti (FEMD) pur rimarcando i principi di eticità, autonomia ed indipendenza della professione, introducono la necessità di perseguire il miglioramento del livello di salute della popolazione attraverso una logica di efficienza, garantendo la migliore qualità dei servizi a fronte di risorse economiche contenute.

A livello internazionale l'adattamento a questo cambiamento da parte dei medici, ha fatto emergere in questi anni atteggiamenti diversificati che evidenziano da un lato profondo disagio (1) e dall'altro la necessità di raggiungere un consenso tra tutti i paesi circa i fondamenti qualificanti l'attività medica e la sua utilità sociale (2).

In Italia la necessità di razionalizzazione della spesa senza modificare la qualità dell'offerta di servizi per la

salute, deve fare i conti con una distribuzione squilibrata delle professionalità sanitarie; i correttivi messi in atto in questo ultimo decennio (numero chiuso degli accessi alle facoltà di medicina e chirurgia, allargamento degli accessi ai corsi di laurea infermieristica, ecc.) sembrano non dare segnali di cambiamento a breve e medio termine.

Le problematiche correlate agli squilibri degli organici del personale medico rappresentano una delle maggiori sfide ai sistemi sanitari nazionali, con possibili conseguenze negative quali la minor qualità e produttività dei servizi sanitari, la riduzione di letti ospedalieri, l'aumento dei tempi d'attesa, la saturazione dei dipartimenti di emergenza con deviazione sistematica dei pazienti o la sottoutilizzazione del personale professionale abilitato. Una recente pubblicazione (3) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha identificato una serie

di indicatori (occupazionali, monetari, di attività e normativi) (Tab.1) che possono contribuire a stimare la carenza o l'eccedenza di personale qualificato, al fine di attivare misure correttive di programmazione.

È evidente come il contesto italiano, sia in termini di sistema che di professione, abbia caratteristiche peculiari, risultando storicamente e culturalmente diverso dagli altri paesi europei. In questo lavoro si vogliono affron-

Tab. 1 – Indicatori di disequilibrio nel personale sanitario. Vantaggi e svantaggi

<i>Indicatori</i>	<i>Principali vantaggi</i>	<i>Principali svantaggi</i>
Indicatori di impiego		
Posti vacanti	Facile da misurare Ampiamente utilizzato	Non individua i liberi professionisti Ristrettezze economiche potrebbero nascondere un problema di carenza di personale
Crescita della forza lavoro	Può essere applicato a qualsiasi professione sanitaria e a qualsiasi tipo di sistema sanitario	Può essere difficile capire se una crescita della forza lavoro risponde ad un'iniziale carenza o meno
Tasso di disoccupazione	Può essere applicato a qualsiasi professione sanitaria e a qualsiasi tipo di sistema sanitario	Il verificarsi simultaneo di disoccupazione e disequilibri complica l'interpretazione di questo indicatore
Tasso di ricambio	Facile da misurare	Il livello di ricambio può essere influenzato da elementi non correlati a disequilibri
Indicatori monetari		
Salario	Facile da misurare	Il salario può essere influenzato da elementi non correlati a disequilibri È difficile quantificare il rapporto carenza/eccesso di personale
Tasso di ritorno	È un indicatore alquanto sofisticato	Relativamente complesso da stimare È difficile quantificare il rapporto carenza/eccesso di personale
Indicatori di attività		
Straordinari	È un indicatore sensibile	Può riflettere una deliberata politica
Indicatori normativi (n° x 10000 abitanti)		
Medici per 10000 abitanti Infermieri per 10000 abitanti	Facile da stimare Consente di quantificare i disequilibri	C'è un certo grado di soggettività quando si deve definire il termine di riferimento

Fonte: "Imbalances in the health workforce", OMS 2002

Tab. 2 – Medici abilitati alla professione (n° medici x 1000 abitanti)

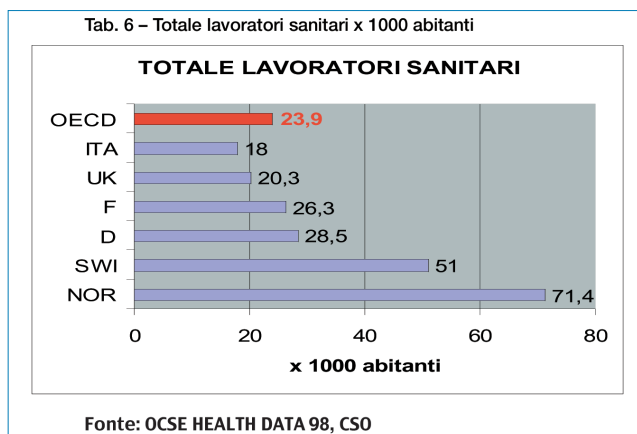
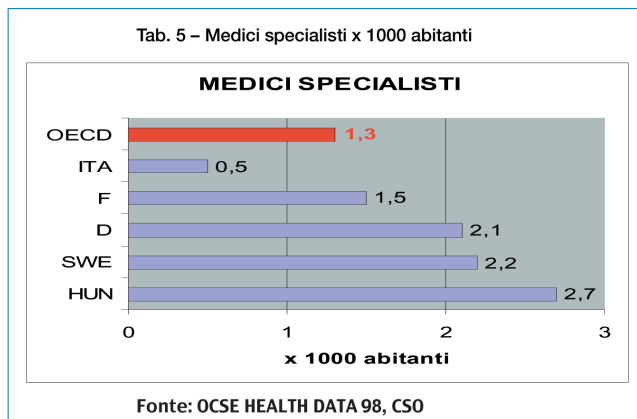
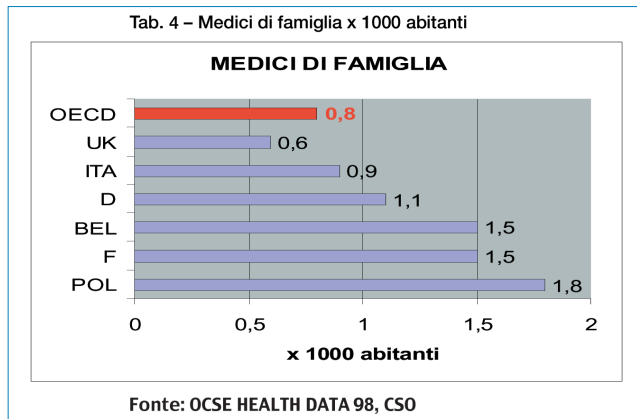
<i>Nazioni</i>	1960	1970	1980	1985	1990	1995	2000
Austria	1,4	1,4	1,6	1,9	2,2	2,7	3,1
Belgio	1,3		2,3	2,8	3,3	3,5	3,9
Danimarca	1,2	1,4	2,2	2,5	3,1	3,3	3,4
Finlandia	0,6	0,9	1,7	2,1	2,4	2,8	3,1
Francia				2,7	3,1	3,2	3,3
Germania	1,4	1,6	2,3	2,6	3,1	3,4	3,6
Grecia	1,3	1,6	2,4	2,9	3,4	3,9	
Ungheria	1,5	2	2,3	2,5	2,9	3	
Irlanda				1,6	1,6	2,1	
Italia	0,7	1,1	2,6	3,8	4,7	5,7	6
Olanda	1,1	1,2	1,9	2,2	2,5		3,2
Nuova Zelanda			1,6	1,7	1,9	2,1	2,2
Norvegia	1,2	1,4	2	2,2		2,8	2,9
Polonia	1	1,4	1,8	2	2,1	2,3	2,2
Portogallo	0,8	0,9	2	2,5	2,8	3	3,2
Spagna					2,3	2,5	3,3
Svezia	1	1,3	2,2	2,6	2,9	2,8	
Svizzera	1,4	1,5	2,4	2,7	3	3,2	3,5
Regno Unito	0,8	0,9	1,3	1,4	1,4	1,6	1,8

Fonte: OCSE Health Data 2002

Tab. 3 – Tasso annuo di crescita dei Medici, 1971-1990. Confronto Italia vs. U.S.A.

Periodi	USA	Italia
1971-1979	+4,29%	+13,63%
1980-1989	+2,65%	+8,07%
1990-1996	+2,37%	+3,55%

Fonte: Shih (1999), OCSE Health Data (2002)



tare i nodi critici a livello nazionale, che non solo condizionano il presente, ma che in qualche modo influiranno sullo sviluppo futuro della professione medica e delle professioni sanitarie in genere.

Le fonti statistiche prese in considerazione per effettuare i confronti degli indicatori di squilibrio dei sistemi sanitari dei paesi avanzati sono per i dati internazionali OMS e OCSE, e per i dati nazionali, Ministero della Sanità, Ordini e Collegi Professionali, Regioni.

2. RISULTATI E DISCUSSIONE

2.1 PLETORA MEDICA

Come indicato in Tabella n°2 (fonte OCSE) il numero di medici in Italia ha ormai raggiunto nel 2000 la percentuale di 6×10^{-3} abitanti, quasi il doppio rispetto a Francia e Germania e più del triplo rispetto al Regno Unito. Analizzando le tendenze dal 1960 al 2000 si evidenzia in Italia un indice di crescita del numero di medici di 8,57 volte, rispetto agli aumenti più contenuti di Belgio (4), Olanda (2,91), Germania (2,57) e Regno Unito (2,25). Nell'ultimo decennio 1990-2000 la riforma in Italia del corso di laurea in medicina non ha apportato benefici rilevanti, evidenziando una crescita annuale del 2,51% pari a quella nel Regno Unito che sta cercando di recuperare la scarsità di medici. Questa crescita solo in minima parte può essere giustificata dalle nuove conoscenze, dall'affinamento delle tecnologie biomediche e quindi dal progressivo sviluppo delle discipline specialistiche mediche.

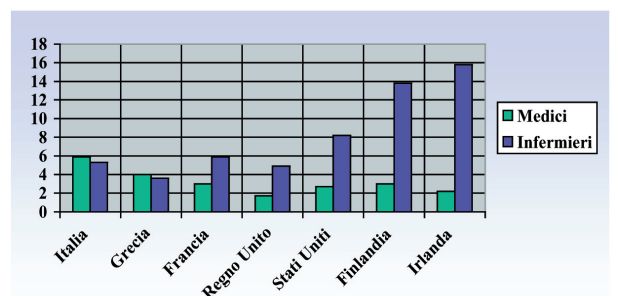
Anche negli Stati Uniti, paese con il più alto sviluppo tecnologico e differenziazione specialistica (le discipline specialistiche sono passate da 11 nel 1923 a 124 nel 2000), gli indici annuali di crescita occupazionale dei medici risultano essere molto più contenuti (Tabella n°3).

Nonostante la generale eccedenza, in Italia, alcune figure mediche, come i medici di medicina generale, risultano essere in linea con i valori medi di riferimento europeo (Tabella n°4), mentre i medici specialisti extraospedalieri risultano essere in numero insufficiente rispetto alla media dei paesi OCSE (0,5 vs. 1,3 x 1000) (Tabella n°5).

L'incongruità della distribuzione deriva da una organizzazione italiana dell'attività specialistica "ospedalocentrica", che lascia ai servizi territoriali compiti che potrebbero essere definiti per la maggior parte di burocrazia sanitaria.

Nonostante l'eccesso di medici, il confronto europeo evidenzia in Italia un numero totale di lavoratori operanti all'interno del sistema sanitario sotto la media OCSE (Tabella n°6). Come si evince dalla Figura n°1 l'Italia e la Grecia erano nel 1998 gli unici paesi in cui i medici superavano per numero gli infermieri.

Fig. 1 – Confronto internazionale tra infermieri e medici (n. x 1000 abitanti) - Anno 1998



Fonte: Notiziario IPASVI L Infermiere - anno XLV n.2/2001

2.2 DISOCCUPAZIONE E SOTTOCCUPAZIONE MEDICA

L'Italia è il paese europeo con il maggior tasso di disoccupazione/sottooccupazione medica (circa 85000 medici → il 26,46% del totale); seguono il Belgio (9,86%), la Finlandia (3,67%) e la Germania (2,75%), con percentuali comunque molto inferiori. In Francia la disoccupazione medica è poco più dello 0,5%, mentre è praticamente assente in molti paesi europei (UK, Olanda, Norvegia, Irlanda, Spagna, Grecia) (4). Confrontando i dati OCSE del 2002, relativi al personale medico abilitato, con quelli del 2003, relativi al personale medico realmente occupato, si evidenzia in maniera ancor più marcata la percentuale di operatori medici disoccupati o sottooccupati, che sono attorno al 30%.

2.3 INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE MEDICA

Il mondo professionale medico risulta essere un settore in cui l'età media è particolarmente elevata, sia per le difficoltà, se non per il blocco, di assunzioni dei giovani medici nel Sistema Sanitario Nazionale (SSN), sia per la generale tendenza a proseguire l'attività oltre i termini di età previsti dalla legge.

In Tabella n°7 è esemplificativamente specificata la distribuzione per età dei medici dipendenti di una Azienda Ospedaliera Lombarda. L'età media è di circa 47 anni, il 59,49% ha un'età superiore a 45 anni ed il 15,35% superiore a 55 anni; solo il 4% dei medici occupati ha un'età inferiore ai 35 anni.

Il confronto con l'organico medico ospedaliero di altri sistemi sanitari europei, che garantiscono un corretto ricambio generazionale, sottolinea la drammatica tendenza all'invecchiamento nel nostro sistema. Ad esempio nel National Health System del Regno Unito lo staff medico ospedaliero ha un numero di giovani assistenti (*junior grades*) pari a circa 1/3 dell'organico (5).

L'attesa media di occupazione per uno studente italiano che si iscriva al I° anno di Medicina è di circa 15-16 anni, con una tendenza ad un ulteriore allungamento dei tempi. Un medico italiano è in genere assunto dal SSN ad un'età in cui un medico inglese diventa "consultant", ovvero cessa il rapporto come dipendente, per diventare una forma di consulente e libero professionista.

La "soluzione" dell'eccedenza italiana sarà presumibilmente fisiologica con l'uscita dal sistema, fra 10-15 anni, dei soggetti di età compresa fra 50-55 anni. Il fenomeno potrebbe avere tuttavia una ricaduta negativa sull'efficienza del sistema (oltre che sulla sostenibilità dei costi previdenziali).

2.4 AUMENTO DELLE DONNE MEDICO

Nei paesi sviluppati il sistema di mercato sanitario è caratterizzato da un'ampia presenza femminile, cresciuta negli ultimi anni. Negli Stati Uniti, il numero di donne iscritte a medicina è aumentato del 425% tra il 1970 e il 1994, con un incremento maschile del 79% (6). Nei paesi in via di sviluppo il cambiamento è stato addirittura drammatico: in Messico la percentuale di donne iscritte a medicina è aumentata dall'11% nel 1970 al 50% nel 1998 (7).

L'Italia segue tali tendenze, basti pensare che i dati ISTAT relativi all'anno accademico 2000/2001 mostrano che ben il 67% delle iscrizioni alla facoltà di medicina è di sesso femminile.

Nonostante la crescita di iscrizioni femminili alla facoltà di medicina, continuano a permanere differenze significative nella presenza dei sessi tra le specializzazioni mediche, dal momento che le donne continuano a scegliere soprattutto quelle dedicate a maternità e infanzia.

L'aumento della presenza femminile nella professione medica sembra correlarsi a modificazioni dei tassi di occupazione, per cui le donne medico sono decisamente più sottooccupate dei colleghi uomini (7).

Notoriamente il lavoro femminile si concilia difficilmente inoltre con l'attività a tempo pieno. Stime americane evidenziano come le specialiste in farmacologia clinica siano occupate con contratto part-time quattro volte di più dei colleghi uomini (8). In Australia si è stimato che dopo una certa età le donne medico "generaliste" lavorino solo il 63% dell'orario a regime, rispetto ai colleghi uomini, e tale proporzione si aggira intorno al 75% per le altre specializzazioni mediche (9). In assoluto i dati in letteratura dimostrano che le donne medico complessivamente hanno un monte-ore di lavoro minore dei colleghi uomini.

Un'altra differenza da sottolineare riguarda l'ubicazione

Tab. 7 - Distribuzione per classi d'età dei medici ospedalieri

Classi d'età	N.	%	N. cumulativo	% CUM
>65 anni	10	2,13	10	2,13
60-64 anni	20	4,26	30	6,39
55-59 anni	42	8,96	72	15,35
50-54 anni	87	18,55	159	33,9
45-49 anni	120	25,59	279	59,49
40-44 anni	93	19,83	372	79,32
35-39 anni	79	16,85	451	96,17
30-34 anni	17	3,62	468	99,79
<30 anni	1	0,21	469	100
Totale	469	100	469	100

Età media: 46,7 anni

Fonte: Azienda Ospedaliera S. Gerardo - anno 2003

della pratica medica. Generalmente le donne medico tendono ad operare lontano dalle aree rurali e più concentrate nei grandi centri urbani (10).

2.5 STIPENDIO DEI MEDICI

Alla luce del quadro normativo dei primi anni novanta (Decreto Legislativo 29/93 e successive modifiche) è stato riformato il lavoro nel pubblico impiego col passaggio da un rapporto di lavoro di tipo “pubblicistico” ad uno “privatistico” regolato dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CCNL). Questo cambiamento è stato dettato dalla necessità di responsabilizzare soprattutto le categorie dirigenziali e quindi anche i medici alla gestione dell’attività e degli obiettivi aziendali.

Di fatto questo cambiamento giuridico del rapporto di lavoro, che poteva orientare lo stipendio dei medici sul merito attraverso sistemi premianti reali, ha nell’attuazione del CCNL riproposto il vecchio modello di garanzia, con sistemi debolmente incentivanti legati a logiche formali dell’attività (es. esclusività di rapporto con il SSN): in sintesi, stipendi medio/bassi distribuiti a pioggia indipendentemente dalla qualità dell’attività professionale svolta.

Nel 1996 in Italia uno stipendio medio per i medici ospedalieri (72,5 milioni di vecchie £.) risultava inferiore rispetto ad altri Paesi a parità di potere di acquisto (Germania 245,6, Olanda 151,5, Francia 97,10 milioni di vecchie £) (Tabella n°8); confrontando poi lo stipendio dei medici ospedalieri italiani del 1970 con il 1999 si evidenzia come l’incremento stipendiale netto di 9,86 volte non riesce a colmare la differenza con l’aumento di 12,28 volte del costo della vita secondo l’ISTAT (11).

Infine, come evidenziato in Tabella n°9 esistono forti diversità fra i paesi europei in merito al tipo di contratto, all’orario di lavoro settimanale, ai criteri di selezione ed all’esercizio della libera professione. A tipologie di contratto tipiche del pubblico impiego si affiancano tipologie di contratto privato normale/speciale (Austria, Fran-

cia, Germania, Regno Unito, Olanda, Svezia). I criteri di selezione ed il soggetto che conferisce gli incarichi sono diversi; in alcuni paesi i medici sono assunti per chiamata diretta sulla base del curriculum professionale con contratti gestiti a livello dipartimentale.

3. CONCLUSIONI

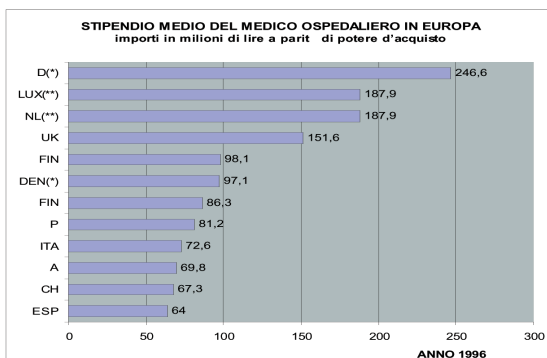
Le professioni in sanità, soprattutto quella medica, stanno vivendo in Italia una situazione drammatica, peraltro forse percepita in maniera anestetizzata. Di fronte alle necessità del SSN di razionalizzare la spesa, le resistenze corporative e il sistema sanitario statale monopolistico sembrano agire contro la sfida del cambiamento.

I medici italiani legati al SSN sembrano aver raggiunto uno status quo inviolabile, per cui i bassi stipendi sono compensati dalla stabilità del ruolo, dalla scarsità di controlli sull’efficienza delle prestazioni, dalla possibilità ampia di compenso economico attraverso l’attività libero-professionale. Ciò è “comodo” anche per le esaustrate casse della Pubblica Amministrazione, che non regerebbe i costi competitivi di un rapporto di lavoro basato su contratti personali e incentivanti.

I dati esaminati, a partire dal confronto con la realtà dei paesi europei, delineano tuttavia prospettive di “riforma” difficilmente rinviabili, a prezzo di una decadenza della professione e della qualità delle prestazioni, almeno relativamente a quelle dei sistemi sanitari con cui siamo soliti paragonarci.

Emerge la necessità di regolamentare, in modo ancora più rigoroso, gli accessi alla facoltà di medicina, e di incentivare, economicamente e come qualificazione pro-

Tab. 8 – Confronto dello stipendio dei medici ospedalieri in Europa



FONTE: Associazione europea dei medici ospedalieri

Tab. 9 – Tipologie di contratto in Europa a confronto

Nazioni	Tipo di contratto	Ore di attività settimanali	Criteri di selezione	Libera professione
Austria	PD o PN	40	MP	+/-IM
Francia	PN o PS		MP o C	IM
Germania	PD o PN	38	MP	IM e EM
Spagna	PS	37	MP o C	IM e EM
U.K.	PD o PN		MP	
Belgio	PS	37	MP	IM e EM
Grecia	PD	40	MP o C	IM
Irlanda	PD o PN	39	MP	
Olanda	PN	38	MP	
Svezia	PN	40	MP	+/-IM
Svizzera	PD	60	MP	+/-IM
Italia	PD	38	C	IM e EM

PD= pubblico dipendente PN= contratto privato normale

PS= contratto speciale MP= meriti professionali C= concorso

IM= libera professione intramoenia EM= libera professione extramoenia

Fonte: Medicine and Medical Education in Europe - The Eurodoctor; G. Thieme, N.Y., 1998

fessionale, le iscrizioni alle altre lauree di area sanitaria. Allo scopo di favorire il progressivo ricambio generazionale medico, è necessario che si attivino, all'interno della rete ospedaliera accreditata, incarichi temporanei di "medici in formazione" destinati ai professionisti più giovani. Ciò potrebbe essere ottenuto con relativa facilità assimilando le scuole di specializzazione (attualmente fondate su curriculum accademici obsoleti) alle "residenze" anglosassoni, caratterizzate da un vero e proprio rapporto di lavoro, con responsabilità proprie nell'ambito dell'attività ospedaliera.

Dal punto di vista contrattuale è importante superare schemi finalizzati a logiche formali e non alla qualità del lavoro (ovvero ai "risultati professionali"). In questo senso è auspicabile una maggior varietà e flessibilità delle forme contrattuali, potenziando la contrattazione periferica aziendale e lasciando allo Stato un'esclusiva funzione di regolazione e di garanzia. Anche gli incentivi e le voci stipendiali debbono poter essere subordinati esclusivamente ad un miglioramento della qualità, della produttività e della performance professionale.

In altre parole, i medici, anche quelli dipendenti, debbono poter esercitare in una dimensione veramente professionale, riconosciuta dal contratto di lavoro e finalizzata oltre che al miglioramento di sé ad una fattiva formazione dei giovani, visti non come concorrenti, ma come collaboratori. Così che vi sia nella professione una libertà tale da poter adempiere al Giuramento di Ippocrate: "...insegnerò loro l'arte, se vogliono apprenderla, senza mercede e senza condizione ..."

Indirizzo per la corrispondenza

Dott. Raffaele Latocca
Medicina del lavoro
Ospedale San Gerardo
Via Donizetti 106
Monza
e-mail:raffaele.latocca@tin.it

BIBLIOGRAFIA

1. R. Smith: "Why are the doctors so unhappy? There are probably many causes, some of them deep". *BMJ* 2001; 322: 1073-74;
2. "Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter". *The Lancet* 2002; 359: 520-22;
3. P. Zurn, M. Dal Poz, B. Stiwell & O. Adams: "Imbalances in the health workforce" -Briefing paper; Geneva, OMS; March 2002
4. M. Perelli Ercolini: "Occupazione, disoccupazione, sottoccupazione dei medici in Europa". *Ordine dei Medici Provincia di Milano, Bollettino* n°5/2000, 14-15;
5. Department of HEALTH, UK: Statistical work areas - June 2003 workforce. Census results; 2003. http://www.doh.gov.uk/HPSSS/TBL_D2.HTM;

6. E. Higginbotham: Celebrating women in ophthalmology *Archives of ophthalmology*, 1998; 116: 1227-1228;
7. F. Knaul, J. Frenk & A. Aguilar: "The gender composition of the medical profession in Mexico: implications for employment patterns and physician labour supply"; *Journal of the Medical Women's Association* 2000; 55 (1);
8. S. Walton, J. Cooksey: "Differences between male and female pharmacists in part-time status and employment setting"; *JAPA* 2001; 41: 703-708;
9. Australian Medical Workforce Advisory Committee: "Female participation in the Australian Medical workforce". Sydney AMWAC, 1996;
10. American Medical Association. *Women in medicine in America: in the main stream*. Chicago, 1991;
11. M. Perelli Ercolini: "Al rinnovo contrattuale gli ospedalieri non debbono dimenticare"; *Ordine dei Medici Provincia di Milano, Bollettino* n°8/2000, 54-55.