

# Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

*Master in Economia e Management della Sanità*

## **ANALISI DI SCENARIO NAZIONALE E REGIONALE SULLE CARENZE IN MEDICINA GENERALE AD ISORISORSE DEL TRIENNIO DI FORMAZIONE 2018/2021**



Tutor:

Prof: **Ciro Carrieri**

Candidato:

**Dr. Claudio Cappelli**

## INDICE

1. Introduzione.....	3
2. DATI ENPAM – Quanti medici andranno in pensione ogni anno?.....	6
3. Dati Ministeriali e analisi di scenario in medicina generale.....	7
4. Carenze e Rapporto ottimale: uno sguardo d’insieme.....	8
a. Popolazione assistibile: DATI ISTAT 2017.....	10
b. Medici di medicina generale: dati SISAC 2016 e 2017.....	11
c. Rapporto ottimale, dati ISTAT 2017 e SISAC 2017.....	13
d. Flessibilità del sistema cure primarie in Italia al 2017.....	15
e. Rapporto Ottimale e Massimale di Scelta.....	16
5. Le borse di formazione e gli “input” di sistema.....	17
a. Borse di formazione dal 2013 al 2017 su popolazione assistibile.....	16
b. Storico borse di formazione dal 2013 e variazione al 201.....	17
c. Ripartizione ideale Borse di formazione 2018.....	18
6. Analisi delle graduatorie regionali: tipologia.....	19
a. Analisi statica delle graduatorie regionali 2017 e 2018.....	20
b. Analisi dinamica e calcolo della “riserva attiva”.....	21
7. Carenze in medicina generale: Le proiezioni regionali e nazionali .....	22
a. Analisi di scenario a 15 anni – Regione Abruzzo.....	23
b. Analisi di scenario a 15 anni – Regione Basilicata .....	28
c. Analisi di scenario a 15 anni – Regione Calabria.....	29
d. Analisi di scenario a 15 anni – Regione Campania.....	30
e. Analisi di scenario a 15 anni – Regione Emilia Romagna.....	31
f. Analisi di scenario a 15 anni – Regione Friuli Venezia Giulia.....	32
g. Analisi di scenario a 15 anni – Regione Lazio.....	33
h. Analisi di scenario a 15 anni – Regione Liguria.....	34
i. Analisi di scenario a 15 anni – Regione Lombardia.....	35
j. Analisi di scenario a 15 anni – Regione Marche.....	36
k. Analisi di scenario a 15 anni – Regione Molise.....	37
l. Analisi di scenario a 15 anni – Regione Piemonte.....	38
m. Analisi di scenario a 15 anni – Regione Puglia.....	39
n. Analisi di scenario a 15 anni – Regione Sardegna.....	40
o. Analisi di scenario a 15 anni – Regione Sicilia.....	41
p. Analisi di scenario a 15 anni – Regione Toscana.....	42
q. Analisi di scenario a 15 anni – Regione Trento.....	43
r. Analisi di scenario a 15 anni – Regione Umbria.....	44
s. Analisi di scenario a 15 anni – Regione Val d’Aosta.....	45
t. Analisi di scenario a 15 anni – Regione Veneto.....	46
8. Analisi di scenario Nazionale .....	47
a. Gobba Pensionistica e proiezioni a 15 anni.....	48
b. “Carenze di picco” regionali e nazionali ed inquadramento	
c. con il nuovo rapporto ottimale ottenuto.....	50
9. Conclusioni.....	51
10. Bibliografia .....	52

## INTRODUZIONE

Il problema della carenza dei medici in medicina generale che investirà il nostro paese nei prossimi anni è un problema complesso che necessita di essere analizzato a 360 gradi per meglio comprenderne la portata ma anche tutte le sue sfaccettature.

Entrano in gioco molti fattori su cui bisogna far luce ma il messaggio chiave più importante che vorrei lanciare per meglio comprenderne la multidimensionalità è che: *“uno non vale uno”*. Uscire da questo rigido schema mentale può già darci una visione totalmente differente del problema e renderci più lucidi nell’analisi.

**“uno non vale uno”** significa infatti che:

- per ogni medico di famiglia in Italia che va in pensione non necessariamente un medico deve essere reinserito nel sistema cure primarie. Questo è dovuto al fatto che abbiamo un’ampia variabilità regionale del “Rapporto Ottimale” che da ACN può variare da 1000 a 1300 abitanti per medico. Significa che abbiamo bisogno di una forbice più o meno ampia di medici di famiglia e di medici di continuità assistenziale a seconda di quanti decidiamo di averne a tavolino, contratti alla mano, in base alla popolazione.
- Per ogni medico che va in pensione in una regione di Italia non necessariamente ce n’è uno in attesa nelle graduatorie pronto a subentrare, a volte più di uno, a volte meno di uno. Questo significa che abbiamo una enorme variabilità regionale di “riserva attiva in graduatoria”, ovvero di medici interessati alla professione. Non siamo ancora quindi all’ “anno zero”, ovvero quell’anno in cui nelle graduatorie di settore della medicina generale non ci saranno più medici disponibili a ricoprire carenze dei medici andati in pensione. Arriveremo molto presto a quel momento ma non è ancora giunta l’ora. La difficoltà attuale sta nel quantificare proprio questa “riserva attiva” nelle graduatorie della medicina generale, in quanto all’interno delle graduatorie in Italia abbiamo circa 30.000 medici (in tutte e 20 le regioni) ma molti sono iscritti in più graduatorie regionali per cui abbiamo già molti “doppioni” e soprattutto la popolazione all’interno delle graduatorie ha una distribuzione di età che va più verso la gobba pensionistica che verso le nuove generazioni di medici. Il metodo che più efficacemente riesce a quantificare la “Riserva Attiva” è l’ANALISI DINAMICA delle graduatorie di cui parlerò più avanti nella trattazione.
- Per ogni medico formato con il corso di formazione in una regione non ce n’è uno formato in un’altra regione in maniera proporzionale, in quanto abbiamo avuto nel corso degli ultimi anni una enorme variabilità regionale di erogazione delle borse di medicina generale non proporzionali alla popolazione di quella regione. Per fare un esempio eclatante su tutti, nel 2017 sono state finanziate 25 borse di formazione per una regione di 300.000 abitanti (il Molise appunto) mentre ne sono state finanziate 20

in Abruzzo e 25 nelle Marche che fanno 4/5 volte la popolazione molisana. E' evidente quindi che ci sarà una sproporzione di medici iscritti nelle graduatorie del molise rispetto a quella marchigiana e così via per tutte le altre regioni.

- C'è inoltre un'enorme variabilità di medici sovranumerari (inseriti in formazione oltre ai posti messi a bando) e quindi ci possono essere più medici sovranumerari in una regione rispetto a un'altra che possiamo calcolare sempre come medici "attivi" o non attivi ma è difficile quantificarli in proiezione. Andranno comunque scemando in quanto è una categoria di medici che ha all'incirca 50 anni.
- "Uno non vale Uno" anche perché il sistema cure primarie ovvero medici di famiglia (AP) e continuità assistenziale (CA) è un sistema a "vasi comunicanti" per cui prima si riempie prima quello dell'assistenza primaria e poi quello della continuità assistenziale. Questo è un passaggio molto importante in quanto se sappiamo che mancheranno 10 mila medici dobbiamo essere consapevoli che i futuri ingressi andranno prima a riempire i "vuoti" lasciati nell'assistenza primaria e poi successivamente per la continuità assistenziale. E' facilmente intuibile come una carenza futura di medici sarà maggiormente sentita per la continuità assistenziale che per l'assistenza primaria anche se ancora non adeguatamente quantificato e questo è uno scopo delle seguente trattazione.
- "Uno non vale uno" infine, perché ad oggi non esistono evidenze che un sistema cure primarie con più o meno medici per abitanti, in studi singoli o associati, produca più salute di un altro, e sarebbe molto stimolante approfondire le varie tipologie di modelli organizzativi di cure primarie negli altri sistemi sanitari europei per provare ad immaginare un sistema rinnovato e al passo con i tempi.

Scopo della seguente trattazione è inquadrare a livello regionale e nazionale, il problema delle carenze in medicina generale, sia per l'assistenza primaria che per la continuità assistenziale, sulla base dei dati più aggiornati a disposizione al momento, ovvero:

- 1) Dati ENPAM del 2015 ottimizzati al 2018 sulla distribuzione d'età dei medici convenzionati (AP cioè Assistenza Primaria, CA ovvero Continuità Assistenziale ed EST – Emergenza Sanitaria Territoriale).
- 2) Dati SISAC e dati ISTAT sul numero di medici convenzionati al 2017 per l'assistenza primaria e sulla popolazione regionale e nazionale al 2017 assistibile, ovvero maggiore di 14 anni, per calcolare il rapporto ottimale reale del 2017
- 3) Dati ministeriali sul numero di borse messe a bando dal 2013 al 2018
- 4) Analisi Dinamiche delle graduatorie regionali del 2017 e del 2018 di tutte e 20 le regioni italiane al fine di quantificare la "riserva attiva" che è in attesa di prendere la convenzione.
- 5) Proiezione sul numero di medici che rimarranno in graduatoria e potranno coprire le carenze dell'assistenza primaria e della continuità assistenziale in base a nuovi ingressi ad "isorisorse" ovvero a 2093 borse all'anno messe a bando come nel 2018.

## **I FATTORI DI “INPUT”, “OUTPUT” E DI “SISTEMA”**

Tutto quello appena descritto può essere suddiviso in tre macro aree di analisi che racchiudono le varie dimensioni del problema della carenza dei medici, ovvero i fattori di “input”, “output” e di “sistema”.

I fattori di “input” sono gli ingressi nel sistema cure primarie. Ne abbiamo 4 tipologie principali:

- a. Gli equivalenti della medicina generale
- b. Le borse di formazione
- c. I sovra numerari al corso di formazione
- d. La “riserva attiva” nelle graduatorie regionali

I fattori di “output” ovvero le uscite dal sistema sono principalmente

- a. I pensionamenti (per limiti di età a 70 anni o per pensionamento ordinario a 68)
- b. Le uscite anticipate (per eventi imprevedibili)
- c. I “drop out” delle borse di formazione, fenomeno diffuso e non quantificato sufficientemente nel corso degli anni

I fattori di “sistema” sono l’elemento cardine della programmazione, ovvero:

- a. Il rapporto ottimale dell’assistenza primaria (medici di famiglia)
- b. Il rapporto ottimale della continuità assistenziale
- c. Il massimale di scelta
- d. I modelli organizzativi
- e. La dimensione “micro” ovvero regionale e/o provinciale

## DATI ENPAM: QUANTI MEDICI ANDRANNO IN PENSIONE OGNI ANNO?

Alla base di tutta la trattazione, gli unici dati attualmente disponibili sul numero di medici che andranno in pensione sono i dati ENPAM del 2015, estratti nel 2016.

Questi dati suddividono la “medicina generale” nelle sue aree funzionali ovvero:

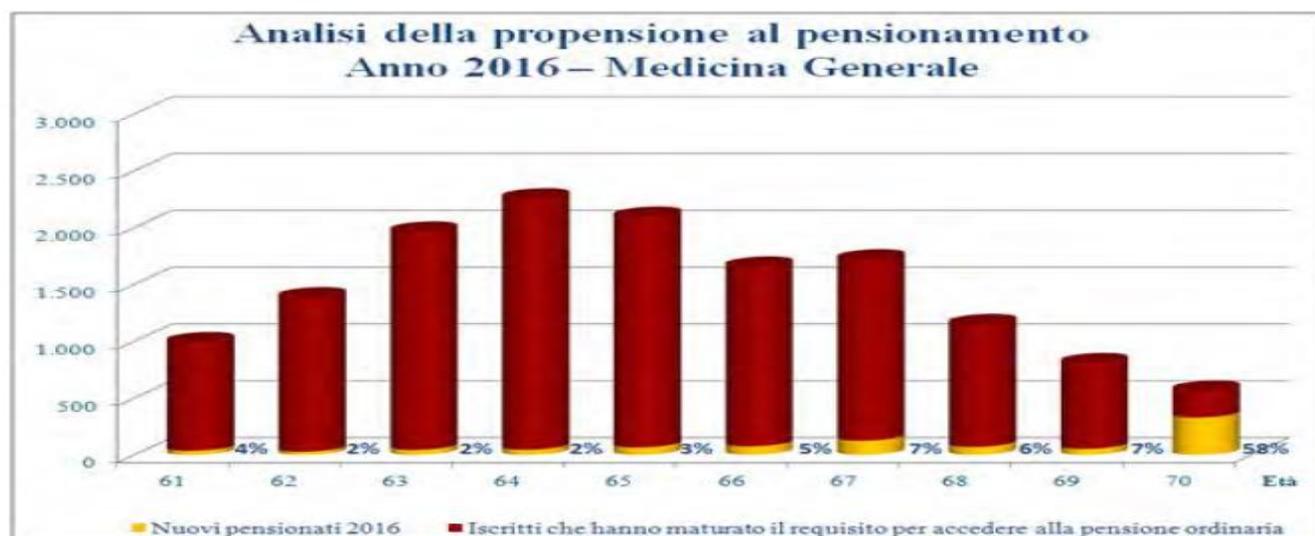
- 1) Assistenza Primaria
- 2) Continuità assistenziale ed Emergenza sanitaria territoriale
- 3) Pediatri di libera scelta
- 4) Medicina dei servizi

I medici convenzionati che fanno sia assistenza primaria che continuità assistenziale (perché hanno un numero di scelte inferiore alle 650 unità e quindi possono conservare il doppio incarico), vengono assegnati alla categoria “continuità assistenziale”, dove versano maggiormente fondi all’ente previdenziale. Purtroppo non c’è distinzione fra continuità assistenziale ed emergenza sanitaria territoriale per cui vengono inseriti nella stessa categoria ma questo potrebbe essere uno spunto da richiedere all’ente in futuro.

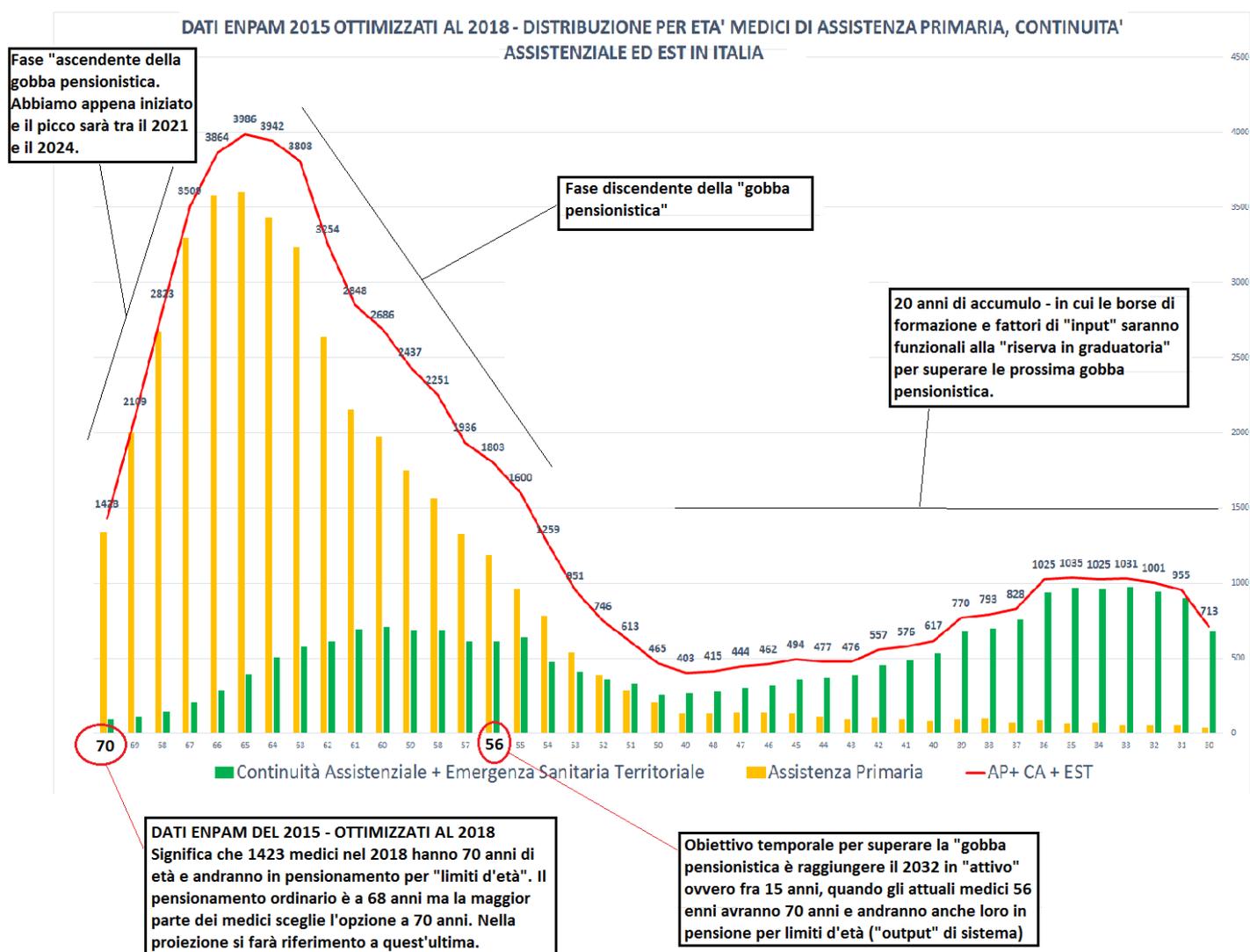
In questi dati che ripeto sono relativi al 2015, i medici vengono distribuiti per anno di età. La prima fase è stata quindi “ottimizzare” questi dati al 2018, semplicemente andando a “scorrere” i medici nella nostra distribuzione di 3 anni. Quelli che avevano quindi 67 anni nel 2015, ne avranno 70 nel 2018, e sono la nostra “base” di partenza per calcolare i futuri pensionamenti.

I medici di medicina generale possono infatti scegliere di andare in pensione per “limiti di età” a 70 anni oppure per pensionamento ordinario a 68 anni ma anche in pensione anticipata a 62 anni. C’è molta variabilità ma in realtà la “propensione al pensionamento” dei medici di famiglia, fonte dati del bilancio consuntivo ENPAM del 2016, è nel 58% dei casi a 70 anni e 7% a 69.

Nello scegliere una proiezione di pensionamento a 68 anni piuttosto che a 70 si è tenuto conto della maggiore propensione dei medici di famiglia ad andare in pensione a 70 anni come mostrato dal seguente grafico.



Fonte: <https://www.enpam.it/la-fondazione/bilancio/bilancio-consuntivo-2016>



## Dati Ministeriali e analisi di scenario sulla carenza di medici di medicina generale

L'unica analisi attualmente a disposizione sulla carenza di futuri medici è quella fornita dal Ministero della Salute, che però manca di una dimensione regionale in primis, non tiene poi conto della "riserva attiva", ovvero di tutti quei medici che si trovano all'interno delle graduatorie della medicina generale e sono interessate all'accesso alla professione, non tiene conto dei medici che si trovano nel limbo per cui pur essendo diplomati non sono comunque iscritti nelle graduatorie del 2018 per quell'anno di attesa burocratico (uno di questi è lo scrivente), e manca infine del dettaglio sulle varie componenti della medicina generale, ovvero l'assistenza primaria e la continuità assistenziale.

Si cita il testo del rapporto ministeriale con tabella allegata:

*“Analoga analisi può essere approntata per la medicina generale con una doverosa premessa. La cassa previdenziale “Medici Medicina Generale” di ENPAM contempla l’assistenza primaria, la continuità assistenziale e l’emergenza territoriale senza possibilità di poter scorporare i MMG dal totale. Tuttavia, è ragionevole supporre che alle classi di età che interessano la proiezione (ossia i medici che compiranno 68 anni nel periodo 2018-208) appartengano quasi esclusivamente i MMG. Pertanto, è possibile replicare l’esercizio per stimare la futura carenza dei MMG (tabella 5) assumendo come numero di borse per i trienni futuri un valore costante e pari alle borse erogate per il triennio 2018-2021 (ossia 2.093 incluse le 840 borse aggiuntive) ed un tasso di dispersione pari al 5% così come ipotizzato per il percorso della formazione specialistica.*

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	TOT. 2018-2028
<b>STIMA FLUSSI IN USCITA</b>												
Medici di Medicina Generale	2.222	2.832	3.433	3.763	3.768	3.588	3.437	2.955	2.528	2.403	2.154	33.083
<b>STIMA FLUSSI IN ENTRATA</b>												
Stima ingressi con ipotesi numero borse come triennio 2018-2021	955	952	1.021	1.988	1.988	1.988	1.988	1.988	1.988	1.988	1.988	18.835
<b>STIMA SALDI (FLUSSI IN ENTRATA-FLUSSI IN USCITA)</b>												
Saldo	-1.267	-1.880	-2.412	-1.775	-1.780	-1.600	-1.449	-967	-540	-415	-166	-14.248

Dallo scenario illustrato nella tabella precedente, **risulta evidente che se le graduatorie regionali di MMG fossero esaurite** avremmo sin d’oggi una grave carenza di tali professionisti che non potrebbe essere colmata unicamente dai nuovi Medici di medicina generale provenienti dal percorso formativo.

Inoltre, pur confermando per i prossimi anni il numero di borse incrementato così come per il triennio accademico che sta per iniziare (+840 borse rispetto a quelle inizialmente finanziate), il saldo continuerebbe ad essere negativo per tutto il periodo di proiezione. In sintesi, per poter inquadrare correttamente la questione relativa alla carenza dei MMG, **fondamentali sono i dati che possono fornire le regioni relativi alle singole realtà locali.** “

## RIEPILOGO DEI LIMITI DELL'ANALISI DI SCENARIO MINISTERIALE

In sintesi mancano importanti fattori di "input" quali

- a. la riserva attiva nelle graduatorie
  - b. il triennio di formazione 2014/2017 attualmente non iscritto nelle graduatorie del 2018
- I fattori di "output" mancano delle varie componenti della Medicina Generale (AP/CA/EST)
- Mancano del tutto i fattori di "sistema" per cui non è possibile inquadrare correttamente la problematica senza uscire dallo schema "uno vale uno".

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	TOT. 2018-2028
<b>STIMA FLUSSI IN USCITA</b>												
Medici di Medicina Generale	2.222	2.832	3.433	3.763	3.768	3.588	3.437	2.955	2.528	2.403	2.154	33.083
<b>STIMA FLUSSI IN ENTRATA</b>												
Stima ingressi con ipotesi numero borse come triennio 2018-2021	955	952	1.021	1.988	1.988	1.988	1.988	1.988	1.988	1.988	1.988	18.835
<b>STIMA SALDI (FLUSSI IN ENTRATA-FLUSSI IN USCITA)</b>												
Saldo	-1.267	-1.880	-2.412	-1.775	-1.780	-1.600	-1.449	-967	-540	-415	-166	-14.248

Manca la componente della "Continuità assistenziale" e tutte le altre funzioni della medicina generale.

L'anno di partenza per conteggiare il "saldo" parte dal numero di borse di formazione contingentate in un anno, SENZA considerare la "riserva attiva" delle graduatorie regionali. Ad oggi ci sono 30000 iscritti nelle graduatorie, è come se nessuno di loro fosse interessato alla convenzione.

Manca il triennio di formazione 2014/2017, iscritto alle graduatorie regionali entro il 31 Gennaio 2018 per le graduatorie valedoli a partire dal 2019.

Dato ampiamente sovrastimato e non rapportato alle singole realtà regionali e quindi anche al rapporto ottimale di ogni regione.

## CARENZE IN MEDICINA GENERALE E “RAPPORTO OTTIMALE”: IL FATTORE DI SISTEMA

Come già anticipato il rapporto ottimale è sia uno strumento di programmazione della medicina generale e sia un indice di “competitività” del sistema fra medici di medicina generale.

Più medici ci sono per abitanti e più l’assistito avrà scelta o “potere di scelta” se vogliamo, meno medici ci sono per assistito e più medici massimalisti avremo.

Per quanto riguarda la trattazione sulla carenza dei medici di famiglia e di continuità assistenziale, interessa in particolar modo il rapporto ottimale come strumento di programmazione.

Il rapporto ottimale ci indica quanto il sistema “cure primarie” per ogni regione e anche a livello macro-Italia, sia flessibile nella sua forbice che va da un rapporto di 1:1000 a 1:1300. E’ evidente come in un rapporto da 1:1000 avremmo bisogno di più medici che in uno a 1:1300.

Il rapporto ottimale per l’assistenza primaria viene definito dall’ **Art. 33: ACN 2005**, modificato poi dall’ **Art. 16 dell’ACN 2009**, come il rapporto fra medici e abitanti. Veniva individuato l’ottimale nel contratto nazionale come un medico per 1000 abitanti su popolazione assistibile con una variabilità del 30%. L’art 16 del 2009 modifica semplicemente la dicitura “territoriale” con “intero territorio regionale” per cui ci semplifica di molto il calcolo sulla base dei semplici dati ISTAT e SISAC.

ACN 2005

### ART. 33 - RAPPORTO OTTIMALE.

9. Fino alla stipula dei nuovi Accordi regionali, fatti salvi quelli già in essere, per ciascun ambito territoriale può essere iscritto solamente un medico ogni 1000 abitanti residenti o frazione di 1000 superiore a 500, detratta la popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni, risultante alla data del 31 dicembre dell’anno precedente. Le Regioni possono indicare per ambiti territoriali dell’assistenza primaria un diverso rapporto medico/popolazione residente. La variabilità di tale rapporto deve essere concordata nell’ambito degli Accordi regionali e comunque fino ad un aumento massimo del 30%.

### ART. 16 – RAPPORTO OTTIMALE.

1. Al comma 9 dell’art. 33 dell’ACN 23 marzo 2005, dopo le parole: «territoriali dell’assistenza primaria» sono inserite le seguenti: « e per l’intero territorio regionale».

### **Come si calcola il rapporto ottimale per l’assistenza primaria?**

Con i dati ISTAT relativi al 2017 e con i dati SISAC dello stesso periodo. Nei dati SISAC abbiamo il numero di medici convenzionati per categoria, in questo caso i medici di assistenza primaria.

## Dati ISTAT

<https://www.tuttitalia.it/statistiche/indici-demografici-struttura-popolazione/>

Popolazione assistibile per  
l'Assistenza Primaria

REGIONI	Totale Residenti	0-14	15-64	>65 anni	>14 anni (ASSISTIBILE MMG)
Abruzzo	1315196	775731	847.188	307.723	1.154.911
Basilicata	567118	321118	373.102	127.102	500.204
Calabria	1956687	1079242	1.288.657	411.212	1.699.869
Campania	5826860	2986851	3.902.680	1.062.671	4.965.351
Emilia-Romagna	4452629	2711486	2.797.876	1.056.733	3.854.609
Friuli - VG	1215538	774158	755.159	313.779	1.068.938
Lazio	5896693	3300041	3.845.676	1.249.024	5.094.700
Liguria	1556981	1056875	943.892	443.786	1.387.678
Lombardia	10036358	5858659	6.400.074	2.222.375	8.622.449
Marche	1531753	940693	964.913	373.853	1.338.766
Molise	308493	182775	200.108	74.390	274.498
Piemonte	4375865	2740174	2.735.760	1.100.069	3.835.829
P.A. di Bolzano	525256	83133	339.980	101.143	441.123
P.A. di Trento	538.604	79.075	344.159	115.370	459.529
Puglia	4048242	2270098	2.645.391	867.247	3.512.638
Sardegna	1648176	936127	1.086.749	374.700	1.461.449
Sicilia	5026989	2761929	3.304.488	1.039.428	4.343.916
Toscana	3736968	2347062	2.329.555	939.649	3.269.204
Umbria	884680	555122	552.373	222.815	775.188
Valle d'Aosta	126202	43003	80.257	29.420	109.677
Veneto	4905037	2860818	3.140.274	1.096.055	4.236.329
ITALIA	60480325	34664170	38878311	13528544	52406855

### Distribuzione dei medici per fasce d'età.

Nel calcolo del rapporto ottimale dell'assistenza primaria si prende in esame solo la popolazione assistibile >14 di anni, mentre nel calcolo del rapporto ottimale per la continuità assistenziale tutta la popolazione. Il rapporto ottimale della continuità assistenziale non è oggetto di trattazione in quanto di difficile quantificazione del numero di medici convenzionati e sostituiti in attività.

## MEDICI DI MEDICINA GENERALE: DATI SISAC 2016 e 2017

### MEDICINA CONVENZIONATA - Numero Medici al 1° Gennaio 2016

Data Riferimento		01-gen-16		
Regione	MMG			
	ASSISTENZA PRIMARIA	CONTINUITA' ASSISTENZIALE	EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	
Abruzzo	1.091	572	105	
Basilicata	503	781	51	
Calabria	1.599	1.643	275	
Campania	4.359	1.987	247	
Emilia-Romagna	3.027	862	134	
Friuli-Venezia Giulia	891	292	15	
Lazio	4.714	879	-	
Liguria	1.172	448	133	
Lombardia	6.433	1.438	46	
Marche	1.137	464	91	
Molise	267	253	90	
Piemonte	3.113	1.031	256	
Provincia Autonoma di Bolzano	282	-	-	
Provincia Autonoma di Trento	375	176	1	
Puglia	3.309	1.192	503	
Sardegna	1.242	1.024	146	
Sicilia	4.154	2.209	493	
Toscana	2.705	960	305	
Umbria	730	340	18	
Valle d'Aosta	90	44	4	
Veneto	3.243	869	10	
<b>Totale complessivo</b>	<b>44.436</b>	<b>17.464</b>	<b>2.923</b>	

Fonte: SISAC rilevazione deleghe sindacali 1 Gennaio 2016  
 Indusi medici ad incarico provvisorio attribuito dall'azienda

### MEDICINA CONVENZIONATA - Numero Medici al 1° Gennaio 2017

Data Riferimento		01-gen-17		
Regione	MMG			
	ASSISTENZA PRIMARIA	CONTINUITA' ASSISTENZIALE	EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	
Abruzzo	1.121	518	111	
Basilicata	494	564	48	
Calabria	1.568	1.486	302	
Campania	4.330	2.208	290	
Emilia-Romagna	3.004	856	134	
Friuli-Venezia Giulia	867	278	14	
Lazio	4.626	852	-	
Liguria	1.147	486	137	
Lombardia	6.408	1.425	47	
Marche	1.097	473	91	
Molise	265	250	95	
Piemonte	3.041	997	262	
Provincia Autonoma di Bolzano	280	-	-	
Provincia Autonoma di Trento	359	152	1	
Puglia	3.272	1.194	505	
Sardegna	1.219	929	119	
Sicilia	4.102	2.300	514	
Toscana	2.691	981	331	
Umbria	721	342	25	
Valle d'Aosta	86	38	3	
Veneto	3.197	858	10	
<b>Totale complessivo</b>	<b>43.895</b>	<b>17.187</b>	<b>3.039</b>	

Fonte: SISAC rilevazione deleghe sindacali 1 Gennaio 2017  
 Indusi medici ad incarico provvisorio attribuito dall'azienda

## Elaborazione dei dati SISAC sul numero di medici convenzionati di assistenza primaria.

Da quello che si può vedere in tabella dalla semplice numerosità dei medici di medicina generale, dal 2016 al 2017 si sono persi in ITALIA l'1.2% dei medici, con una variabilità massima del -4.4% in Val d'Aosta e Trento fino al +2.7% dell'Abruzzo, che in controtendenza rispetto a tutte le altre regioni ha registrato un valore positivo.

Questo non significa che l'Abruzzo potrà superare la gobba pensionistica senza problemi e che le altre regioni stanno già sperimentando sulla pelle dei cittadini la carenza di medici. Non c'è nessun allarme ad oggi di carenza medici e non ci sono, ancora, cittadini scoperti da assistenza sanitaria.

Non è questo il punto. Il punto è che ogni regione ha più o meno margine per adattarsi alle proprie future carenze, e questo margine è appunto il rapporto ottimale.

REGIONI	MMG 2016	MMG 2017	MMG 2017- 2016	% MMG PERSI
Abruzzo	1091	1121	30	+2.7%
Basilicata	503	494	-9	-1.8%
Calabria	1599	1568	-31	-1.9%
Campania	4359	4330	-29	-0.7%
Emilia-Romagna	3027	3004	-23	-0.8%
Friuli VG	891	867	-24	-2.7
Lazio	4714	4626	-88	-1.9%
Liguria	1172	1147	-25	-2.1%
Lombardia	6433	6408	-25	-0.4%
Marche	1137	1097	-40	-3.5%
Molise	267	265	-2	-0.7%
Piemonte	3113	3041	-72	-2.3%
P.A. di Bolzano	282	280	-2	-0.7%
P.A. di Trento	375	359	-16	-4.3%
Puglia	3309	3272	-37	-1.1%
Sardegna	1242	1219	-23	-1.9%
Sicilia	4154	4102	-52	-1.3%
Toscana	2705	2691	-14	-0.5%
Umbria	730	721	-9	-1.2%
Valle d'Aosta	90	86	-4	-4.4%
Veneto	3243	3197	-46	-1.4%
<b>ITALIA</b>	<b>44436</b>	<b>43895</b>	<b>-541</b>	<b>-1.2%</b>

Unica regione in controtendenza.

Numero di medici "persi" dal 2016 al 2017 sulla base dei dati SISAC - segno evidente di quanto il sistema sia ancora "flessibile" in quanto 540 medici in meno moltiplicati per il rapporto ottimale a 1000 sarebbero 540 mila cittadini scoperti da assistenza sanitaria

## Calcolo del rapporto ottimale in Italia sui dati del 2017: SISAC e ISTAT.

Le regioni sono state classificate dal rapporto ottimale più basso al più alto. Quelle in verde sono le regioni che hanno più flessibilità nel loro sistema potendo adattarsi meglio alle future carenze di assistenza primaria, quelle in rosso, ovvero Veneto e Lombardia, sono quelle con meno flessibilità avendo già superato il rapporto di 1300. E' sufficiente per lanciare lo stato di allarme? Avendo superato il rapporto ottimale di 1300 che sta succedendo in queste regioni? Per rispondere è necessario prendere in considerazione un altro fattore di sistema: il massimale di scelta.

La media italiana è **1194** con margine notevole ancora del 30% circa sulla flessibilità.

Regioni con un più basso rapporto ottimale e quindi una maggiore flessibilità del sistema allo "stress test" della gobba pensionistica.

REGIONI	MMG 2017	>14 anni	rapporto ottimale MMG 2017
Basilicata	494	500.204	1013
Abruzzo	1121	1.154.911	1030
Molise	265	274.498	1036
Sicilia	4102	4.343.916	1059
Puglia	3272	3.512.638	1074
Umbria	721	775.188	1075
Calabria	1568	1.699.869	1084
Lazio	4626	5.094.700	1101
Campania	4330	4.965.351	1147
Sardegna	1219	1.461.449	1199
Liguria	1147	1.387.678	1210
Toscana	2691	3.269.204	1215
Marche	1097	1.338.766	1220
Friuli VG	867	1.068.938	1233
Piemonte	3041	3.835.829	1261
Valle d'Aosta	86	109.677	1275
P.A. di Trento	359	459.529	1280
Emilia-Romagna	3004	3.854.609	1283
Veneto	3197	4.236.329	1325
Lombardia	6408	8.622.449	1346
P.A. di Bolzano	280	441.123	1575
<b>ITALIA</b>	<b>43895</b>	<b>52406855</b>	<b>1194</b>

Regioni che hanno già superato la "massima flessibilità" consentita dal rapporto ottimale ovvero hanno superato i 1300. Sono regioni già in piena carenza e preoccupa fortemente il dato "Lombardia" in quanto regione che rappresenta da sola il 15% della popolazione. Recentemente in Lombardia hanno aumentato infatti il massimale di scelta portandolo dai 1500 pazienti a 1800 per medici in gruppo.

Media italiana del rapporto ottimale al 2017. C'è ancora flessibilità, ma di quanto?

## Quantificare la “flessibilità” del sistema cure primarie in Italia.

In Italia avremo bisogno di *3582 medici di famiglia in meno* rispetto agli attuali medici del 2017, se fosse portato al massimo consentito da ACN il rapporto ottimale in tutte le regioni, ovvero a 1300. Da sottolineare come Veneto, Lombardia e Bolzano abbiano già sfiorato il tetto massimo e stiano già ad oggi in sofferenza da questo punto di vista non avendo modo di rendere ulteriormente flessibile il loro sistema. Risolverebbe definitivamente il problema della carenza di medici? No. In quanto secondo la recente analisi di scenario fatta dal Ministero della Salute, il numero di medici che mancheranno sarà di circa 10-14 mila; ma sarà vero?

Nel fare le proiezioni sulle future carenze e nuovi ingressi nella medicina generale si terrà conto di questa forbice massima in contrazione al fine di definire la meglio la situazione regionale e nazionale a seguito delle analisi dinamiche delle graduatorie del 2017 e 2018.

REGIONI	MMG 2017	>14 anni	R.O. 2017	Ottimale 1300	forbice MMG	ottimale 1000	forbice MMG
Abruzzo	1121	1154911	1030	888	-233	1155	34
Basilicata	494	500204	1013	385	-109	500	6
Calabria	1568	1699869	1084	1308	-260	1700	132
Campania	4330	4965351	1147	3820	-510	4965	635
Emilia-Romagna	3004	3854609	1283	2965	-39	3855	851
Friuli VG	867	1068938	1233	822	-45	1069	202
Lazio	4626	5094700	1101	3919	-707	5095	469
Liguria	1147	1387678	1210	1067	-80	1388	241
Lombardia	6408	8622449	1346	6633	225	8622	2214
Marche	1097	1338766	1220	1030	-67	1339	242
Molise	265	274498	1036	211	-54	274	9
P.A. di Bolzano	280	441123	1575	339	59	441	161
P.A. di Trento	359	459529	1280	353	-6	460	101
Piemonte	3041	3835829	1261	2951	-90	3836	795
Puglia	3272	3512638	1074	2702	-570	3513	241
Sardegna	1219	1461449	1199	1124	-95	1461	242
Sicilia	4102	4343916	1059	3341	-761	4344	242
Toscana	2691	3269204	1215	2515	-176	3269	578
Umbria	721	775188	1075	596	-125	775	54
Valle d'Aosta	86	109677	1275	84	-2	110	24
Veneto	3197	4236329	1325	3259	62	4236	1039
<b>ITALIA</b>	<b>43895</b>	<b>52406855</b>	<b>1194</b>	<b>40313</b>	<b>-3582</b>	<b>52407</b>	<b>8512</b>
					1300		1000

Questa è la forbice in base al rapporto ottimale attuale (2017) nella sua massima estensione in contrazione (RO a 1300) e in estensione (RO a 1000). I numeri non sono inconsistenti in quanto parliamo di una forbice di circa 12 mila medici e solo per l'assistenza primaria

## **RAPPORTO OTTIMALE E MASSIMALE DI SCELTA: DUE FACCE DELLA STESSA MEDAGLIA**

Ho fin qui esposto come il rapporto ottimale sia funzionale all'organizzazione ed eventuale riorganizzazione del sistema cure primarie.

Si ribadisce come il rapporto ottimale sia lo strumento cardine di programmazione in quanto è funzionale anche all'apertura o meno di una zona carente. Solo a quel punto viene aperta una zona carente.

Il massimale di scelta è invece il numero massimo di pazienti che possono essere assistiti da un medico di famiglia che è 1500 per quasi tutte le regioni e che può essere "autolimitato" dal medico di famiglia entro il limite del rapporto ottimale

*“ART 39 – ACN 2005 – COMMA 6. I medici possono autolimitare il proprio massimale, che non può essere inferiore al rapporto ottimale di cui agli Accordi regionali, come previsto all'articolo 33, comma 9.”*

In Lombardia che già sta subendo forti limiti alla contrazione, dovuta dalla forbice del rapporto ottimale con il massimale di scelta, son passati a 1800 come limite massimo di pazienti assistibili ma solamente per quei medici che si trovano in medicina di gruppo. E' interessante però mettere a confronto il rapporto ottimale con il massimale di scelta, le due facce della stessa medaglia, ovvero: quanti medici ci sono o ci possono essere in una data popolazione?

Quando può considerarsi "emergenziale" una situazione in cui non ci sono abbastanza medici di famiglia?

Il rapporto ottimale dal punto di vista di distribuzione dei pazienti in una data popolazione è infatti una sorta di "media aritmetica".

In una popolazione provinciale ad esempio di 30.000 abitanti (maggiori di 14 anni quindi popolazione assistibile), se abbiamo un rapporto ottimale di 1000 avremo 30 medici se fosse 1300 ne avremo 23 circa, ognuno – secondo la media aritmetica – con 1000 pazienti. Di conseguenza, essendoci un massimale di scelte a 1500 ed essendoci la forbice fra il rapporto a 1000 e il massimale a 1500, per ogni massimalista con 1500 pazienti avremo un altro medico a 500 scelte (in un rapporto a 1000).

In un rapporto a 1300 invece, per ogni massimalista a 1500 avremo un medico a 1100 scelte. Questo è il motivo per cui precedentemente l'ho definito come "rapporto di competitività" del sistema cure primarie.

E se nel precedente esempio avessimo invece un rapporto ottimale di 1300 (su popolazione di 30.000 abitanti quindi 23 MMG) cosa succederebbe se improvvisamente ne andassero in pensione altri 3 portando il contingente a 20?

Semplicemente avvicineremmo ancora di più il rapporto ottimale al "massimale di scelta" che per tutte le regioni è a 1500 come già detto, ma che può arrivare anche a 1800 come recentemente è stato fatto in Lombardia.

La flessibilità di questo sistema che noi stessi abbiamo costruito, è in realtà la chiave per superare la gobba pensionistica ed è quello che andrò a dimostrare con i dati più avanti.

La domanda che bisogna porsi è infatti la seguente, a mio avviso:

- Se il rapporto ottimale supera 1300 ma rimane all'interno della forbice del massimale di scelta (1500), può definirsi vera emergenza di carenza di medici?
- E se – come fatto per la Lombardia – si portasse il massimale di scelta a 1800, al netto di un sistema di certificazione della qualità dell'assistenza ai pazienti, come funziona in UK?

## **LE BORSE DI FORMAZIONE E GLI “INPUT” DI SISTEMA**

Scopo di questo capitolo è inquadrare le borse di formazione all'interno del meccanismo di rinnovo del sistema cure primarie. Dopo il progressivo dei pensionamenti per limiti di età, sono la variabilità di cui tener conto per fare una proiezione sui futuri ingressi della medicina generale.

Ad oggi esistono 3 tipi di medici che possono entrare nel sistema cure primarie con un quarto tipo che per dovere di cronaca viene inserito nella trattazione per le recenti uscite politiche da parte della maggioranza.

- 1) Gli Equivalenti, ovvero i laureati entro il 31 dicembre del 1994, l'anno prima dell'istituzione del corso di medicina generale i quali anche non avendo un diploma posso partecipare all'assegnazione delle zone carenti e quindi prendere la convenzione.
- 2) I sovra numerari, ovvero gli iscritti a medicina entro il 1991, i quali possono entrare nel corso di medicina appunto “oltre il numero” consentito di posti messi a bando, senza incompatibilità e senza borsa di studio
- 3) i corsisti di medicina generale con relativa borsa e incompatibilità
- 4) Infine i “sanati”, che non hanno ancora trovato una collocazione legislativa nel momento in cui scrivo (dicembre 2018), ma che dalle dichiarazioni degli esponenti della maggioranza troveranno presto una loro dimensione all'interno di questo sistema di “input”.

Se mentre le prime 2 classi sfuggono alle stime e ai calcoli, anche se tenderanno sempre di più a scomparire data l'età crescente dei medici a cui si fa riferimento (i più giovani intorno ai 50 anni), è possibile invece vedere e studiare l'andamento del numero di borse di formazione messe a bando negli anni. E' interessante studiare quest'aspetto a livello regionale e di “macro Italia” in quanto le borse di formazione degli ultimi 10/15 anni sono quelle servite a creare un “accumulo” o per meglio dire una riserva in graduatoria di diplomati che saranno pronti a subentrare all'arrivo dell'ormai imminente gobba pensionistica. Nel riportare le borse di formazione dal 2013 a 2017 ai medici di medicina generale di tutte le regioni ho riscontrato enormi differenze regionali che spiegano in gran parte quello che sta accadendo oggi. Le regioni che meno hanno finanziato borse di formazione rispetto ai propri medici o rispetto alla propria popolazione generale, sono quelle che già oggi sono in sofferenza e mancanza di medici di famiglia e che già oggi hanno difficoltà a coprire con i corsisti e diplomati di medicina generale le assegnazioni aziendali di continuità assistenziale. Tutto questo viene riassunto nel grafico sottostante dove appunto

vengono messe a confronto le borse erogate dal 2013 al 2017 rispetto alla popolazione maggiore di 14 anni.

Mettere a rapporto le borse con il numero di medici aiuta nei calcoli senza entrare nei decimali e nelle virgole, ma si presta a delle storture. Non essendoci infatti un rapporto ottimale univoco a livello nazionale (cioè il numero di medici per abitanti è diverso in quanto c'è una variabilità regionale fino al 30%), viene da sé che questo rapporto non rende al meglio l'idea. L'ideale sarebbe stato rapportarlo alla popolazione generale che è quello che verrà proposto in seguito. Le regioni che in minor misura hanno finanziato borse rispetto ai propri medici di famiglia sono risultate essere il Veneto, la Calabria la Lombardia e l'Abruzzo.

Questo dato va però confrontato con il rapporto ottimale o meglio va riproposto in base alla popolazione.

Nello studio "Programmazione risorse umane: il 4%" veniva proposta come regione benchmark l'Umbria con il suo rapporto ideale di borse di formazione erogate su medici di famiglia.

PROSPETTO BORSE DI FORMAZIONE DEGLI ULTIMI 5 ANNI IN RAPPORTO ALLA POPOLAZIONE ASSISTIBILE (>14 anni)

Borse di formazione erogate pari a 4/5 volte i valori inferiori a quelli di riferimento individuati.

REGIONI	>14 anni	2013	2014	2015	2016	2017	BORSE / POP	MEDIA/aa
Veneto	4236329	40	50	50	25	50	0.0051%	43
Lombardia	8622449	90	90	90	90	100	0.0053%	92
Calabria	1699869	22	22	22	22	22	0.0065%	22
Lazio	5094700	85	85	85	70	70	0.0078%	79
Campania	4965351	80	80	80	80	80	0.0081%	80
Emilia Romagna	3854609	60	60	60	70	80	0.0086%	66
Abruzzo	1154911	20	20	20	20	20	0.0087%	20
Marche	1338766	25	25	25	25	25	0.0093%	25
Friuli VG	1068938	20	20	20	20	20	0.0094%	20
<b>ITALIA</b>	51965732	924	990	1002	932	1075	0.0095%	985
Sicilia	4343916	50	100	100	80	120	0.0104%	90
Sardegna	1461449	25	30	30	30	40	0.0106%	31
Toscana	3269204	78	78	78	80	80	0.0121%	79
Liguria	1387678	35	35	35	35	40	0.0130%	36
Piemonte	3835829	80	80	110	110	120	0.0130%	100
Puglia	3512638	120	120	100	80	100	0.0148%	104
Valle d'Aosta	109677	2	3	2	3	8	0.0164%	4
Umbria	775188	27	27	30	27	30	0.0182%	28
Trento	459529	20	20	20	20	20	0.0218%	20
Basilicata	500204	25	25	25	25	25	0.0250%	25
Molise	274498	20	20	20	20	25	0.0383%	21

Il Molise è la regione che ha erogato più borse del necessario rispetto al suo fabbisogno stimato attorno al benchmark Umbria.

Regioni che hanno erogato un numero di borse di formazione "ideale" e che meno soffriranno della carenza di medici di medicina generale. Il valore ottimale secondo lo studio sulla "Programmazione risorse umane" si troverebbe fra i valori della Basilicata e dell'Umbria.

Con questo nuovo prospetto la situazione è analoga, cambia giusto il parametro di riferimento che anziché essere i medici di famiglia diventa la popolazione assistibile (ovvero maggiore di 14 anni dei medici di famiglia). Un valore ideale che permetterà di superare la gobba pensionistica senza particolari problemi a differenza di tutte quelle nella parte alta della tabella.

Con il concorso 2018 che è in dirittura di arrivo, la tendenza è invece cambiata e il contingente di borse quasi raddoppiato. Siamo passati dalle 1075 dello scorso anno alle 2093 di quest'anno. Tutte le proiezioni di "input" ovvero di nuovi ingressi derivanti dalle borse di formazione sono stati fatti finora solo con la proiezione a 1000/1100 borse come finora erogate. Con questo studio userò invece come proiezione le 2093 borse messe a bando quest'anno ipotizzando che verranno finanziate anche per i prossimi 15 anni.

**STORICO BORSE DI FORMAZIONE MMG DAL 2013 AL 2018**

Regioni	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Tot. Borse	MEDIA/aa
Abruzzo	20	20	20	20	20	38	138	23
Basilicata	25	25	25	25	25	33	158	26
Calabria	22	22	22	22	22	64	174	29
Campania	80	80	80	80	80	192	592	99
Emilia Romagna	60	60	60	70	80	167	497	83
FVG	20	20	20	20	20	40	140	23
Lazio	85	85	85	70	70	174	569	95
Liguria	35	35	35	35	40	63	243	41
Lombardia	90	90	90	90	100	317	777	130
Marche	25	25	25	25	25	55	180	30
Molise	20	20	20	20	25	20	125	21
Piemonte	80	80	110	110	120	189	689	115
Puglia	120	120	100	80	100	164	684	114
Sardegna	25	30	30	30	40	40	195	33
Sicilia	50	100	100	80	120	186	636	106
Toscana	78	78	78	80	80	151	545	91
Trento	20	20	20	20	20	25	125	21
Umbria	27	27	30	27	30	41	182	30
Val d'Aosta	2	3	2	3	8	8	26	4
Veneto	40	50	50	25	50	126	341	57
<b>ITALIA</b>	<b>924</b>	<b>990</b>	<b>1002</b>	<b>932</b>	<b>1075</b>	<b>2093</b>	<b>7016</b>	<b>1169</b>

Valore di riferimento preso per la proiezioni sul progressivo nuovi futuri ingressi nel sistema "cure primarie" dal 2022 al 2032.

Media borse erogate prese a riferimento come proiezioni sui futuri ingressi dal 2018 al 2021.

Come si può vedere chiaramente dalla colonna in giallo, le borse sono passate da 1075 del 2017 alle 2093 del 2018. E' cambiato qualcosa nella distribuzione delle borse aggiuntive e si è preferito destinare quelle quote di finanziamento in base al riparto del FSN.

Nella tabella successiva verrà proposta una ripartizione delle 2093 borse sulla base della popolazione residente e verrà preso come valore di riferimento per le proiezioni, la risultante del valore individuato.

### RIPARTIZIONE "IDEALE" IN BASE ALLA POPOLAZIONE ASSISTIBILE (>14 anni)

RIPARTIZIONE "IDEALE" IN BASE ALLA POPOLAZIONE ASSISTIBILE (>14 anni)		
REGIONI	>14 anni	BORSE IDEALI
Abruzzo	1154911	47
Basilicata	500204	20
Calabria	1699869	68
Campania	4965351	200
Emilia Romagna	3854609	155
Friuli VG	1068938	43
Lazio	5094700	205
Liguria	1387678	56
Lombardia	8622449	347
Marche	1338766	54
Molise	274498	11
P.A. di Trento	459529	19
Piemonte	3835829	154
Puglia	3512638	141
Sardegna	1461449	59
Sicilia	4343916	175
Toscana	3269204	132
Umbria	775188	31
Valle d'Aosta	109677	4
Veneto	4236329	171
<b>ITALIA</b>	51965732	2093
		0.004%

Valori usati per le proiezioni sui futuri ingressi.

Rapporto percentuale fra le 2093 e la popolazione italiana maggiore di 14 anni (assistibile MMG). Questo rapporto è stato poi moltiplicati per la popolazione di ogni regione per individuare il numero di borse "ideali" e proporzionate.

Altro fattore di "input", da tenere a riferimento per costruire la proiezione e l'analisi di scenario sulle future carenze, è la riserva attiva in graduatoria che è possibile individuare attraverso l'analisi dinamica, oggetto di trattazione del prossimo capitolo.

## **ANALISI DELLE GRADUATORIE REGIONALI: TIPOLOGIA**

Le analisi delle graduatorie della medicina generale che possiamo fare sono di 2 tipi: statica e dinamica.

L'analisi statica è una fotografia dettagliata, serve per avere un'idea più chiara sull'andamento dei punteggi nelle graduatorie regionali di settore della medicina generale attraverso la media e la mediana, ma anche per quantificare la numerosità generale della "popolazione" in graduatoria e come è suddivisa.

Riusciamo a quantificare il numero di diplomati e vedere l'andamento o i flussi di diplomati da un anno all'altro, e possiamo anche tentare di quantificare i "sovra numerari", ovvero quei medici che sono potuti entrare nel corso di formazione in sovra numero ai posti messi a bando. Per quantificarli serve il dato della data di nascita.

Altra informazione molto utile nell'analisi statica sono poi i residenti regionali, ed è interessante vedere quanto variano da un anno all'altro.

Nelle graduatorie in analisi che sono state le 2017 e 2018 di tutte le regioni (esclusa la Puglia per cui si è provveduto all'analisi 2018 e 2019) ho potuto riscontrare il dato sulla residenza per 17 regioni ad esclusione di Lombardia, Trento e Sicilia che non presentavano tale informazione.

Purtroppo la semplice analisi statica di un anno (2017 o 2018 che sia) non è sufficiente a dirci quanti medici sono pronti a subentrare alle future carenze in quanto:

- 1) Ci sono molti "doppioni" ovvero medici iscritti in più graduatorie regionali (che però è possibile escludere selezionando i "residenti regionali")
- 2) Tra i residenti regionali stessi c'è una distribuzione d'età tale per cui, molti non sono più interessati alla medicina generale, avendo fatto altro da 10/15 anni a questa parte. Questa è la popolazione più difficile da quantificare ma che riusciamo a individuare attraverso l'analisi dinamica.

L'analisi dinamica è più interessante perché ci dice come sta variando la graduatoria nel tempo, come si sta modificando.

Può dirci quanti sono "usciti" dalla graduatoria perché ad esempio hanno preso la convenzione, e quanti sono entrati in graduatoria perché si sono diplomati.

Ma soprattutto per le stime e le proiezioni che andrò a mostrare serve a dirci da un anno all'altro quanti di quelli in graduatoria aggiornano il punteggio e quanti non lo fanno, andando ad individuare una "popolazione attiva" che sarà quella di riferimento per stimare le future carenze nella medicina generale al netto dei pensionamenti e dei nuovi ingressi per le borse di formazione.

## **ANALISI STATICA – GRADUATORIE REGIONALI E NAZIONALE 2017 E 2018**

Verrà adesso proposta una versione "macro" dell'analisi statica senza andare nel dettaglio delle singole regioni (senza quindi studiare il punteggio delle graduatorie con media moda e mediana) ma soffermandoci solo sui dati di maggior interesse per lo studio delle future carenze.

REGIONI	ANALISI STATICA								
	NUMEROSITA' GENERALE			RESIDENTI REGIONALI					
	2017	2018	flusso	2017	2018	flusso	MMG 2017	MMG 2018	flusso
ABRUZZO	764	701	-8%	473	423	-11%	165	194	18%
BASILICATA	884	849	-4%	355	334	-6%	191	191	0%
CALABRIA	2086	2135	2%	1804	1843	2%	550	570	4%
CAMPANIA	4593	4714	3%	4153	3746	-10%	1676	1800	7%
E. ROMAGNA	1709	1542	-10%	899	798	-11%	487	465	-5%
FVG	858	862	0.5%	378	375	-1%	187	205	10%
LAZIO	1356	1233	-9%	1024	929	-9%	#nd	434	#nd
LIGURIA	628	586	-7%	407	368	-10%	320	280	-13%
LOMBARDIA	1853	2025	9%	#nd	#nd	#nd	#nd	#nd	#nd
MARCHE	1431	1448	1%	487	452	-7%	232	266	15%
MOLISE	588	647	10%	266	275	3%	131	140	7%
PIEMONTE	1281	1411	10%	619	662	7%	365	312	-15%
PUGLIA*	2472	2598	5%	2066	2170	5%	1048	1149	10%
SARDEGNA	1376	1421	3%	1054	895	-15%	334	278	-17%
SICILIA	1847	1712	-7%	#nd	#nd	#nd	#nd	#nd	#nd
TOSCANA	2881	3011	5%	1254	1304	4%	#nd	495	#nd
TRENTINO	898	938	4%	#nd	#nd	#nd	#nd	#nd	#nd
UMBRIA	1326	1129	-15%	560	604	8%	328	354	8%
VAL D'AOSTA	216	206	-5%	45	46	2%	16	20	25%
VENETO	890	844	-5%	641	617	-4%	351	#nd	#nd
<b>ITALIA</b>	<b>29937</b>	<b>30012</b>	<b>0.3%</b>	<b>16485</b>	<b>15841</b>	<b>-4%</b>		<b>7153</b>	

PUGLIA: Analisi 2018 e 2019

LOMBARDIA SICILIA E TRENTINO  
Assenza del dato "residenza"

Dal 2017 al 2018 la popolazione generale iscritta nelle graduatorie regionali è aumentata dello 0.3% - 30012 medici iscritti nelle graduatorie.

Viceversa i medici residenti sono diminuiti del 4% segno di un inizio di "consumo" delle graduatorie generali dopo più di un decennio di fase di accumulo.

## L'ANALISI DINAMICA DELLE GRADUATORIE MMG: COME INDIVIDUARE LA "RISERVA ATTIVA"

Nell' Analisi Dinamica delle graduatorie vengono invece individuati i medici che aggiornano il punteggio e che costituiscono la nostra "riserva attiva". Questa metodologia nasce dallo studio della FIMMG EMILIA a cura della dott.ssa Letizia Angeli e del dott. Carlo Curatola. E' l'unico metodo proposto finora che possa far luce su quanti all'interno delle graduatorie regionali siano realmente interessati all'accesso alla professione.

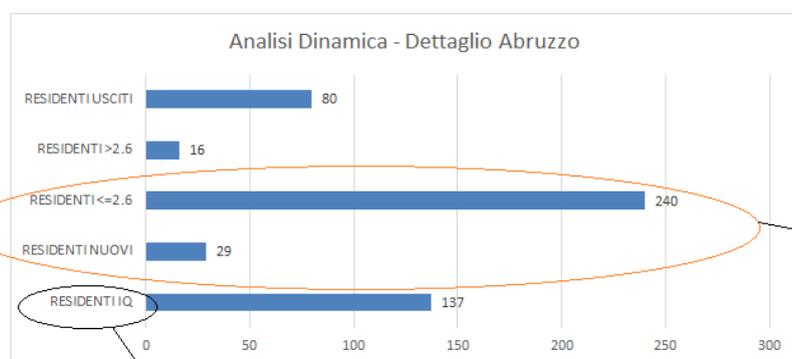
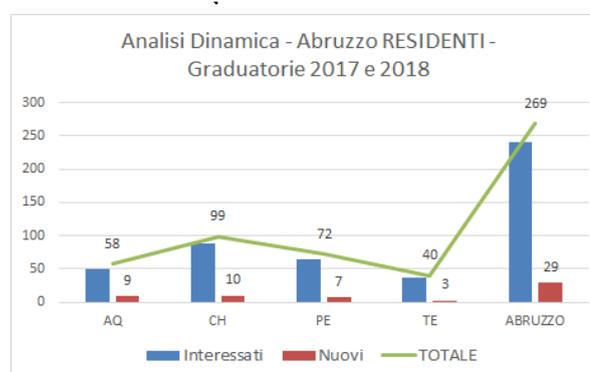
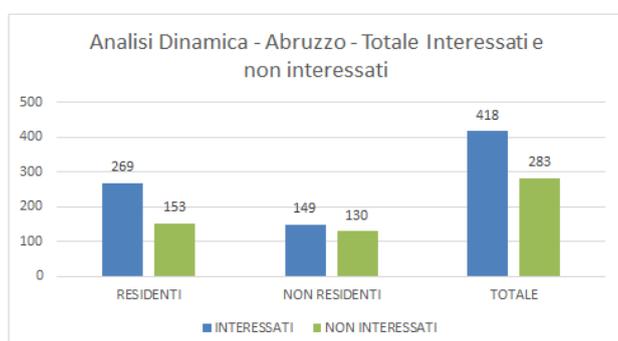
L'analisi dinamica serve a "scremare" la nostra popolazione di medici distinguendo quelli interessati all'accesso dal totale. In Italia abbiamo avuto un incremento del numero totale di medici dello 0.3% per un totale di circa 30.000 unità, scopo dell'analisi dinamica individuare all'interno di questo valore quello "reale", ovvero la popolazione attiva.

I medici in graduatoria vengono schematicamente distinti in:

- 1) Interessati: quelli che aggiornano il punteggio incrementandolo da 0.1 fino a 2.6 punti all'anno, a cui vengono aggiunti i "Nuovi" in graduatoria, ovvero quelli che si sono appena iscritti
- 2) Non interessati: quelli che non aggiornano il punteggio

Questo metodo di studio è stato verificato e riproposto nello studio FIMMG MARCHE, laddove attraverso l'analisi degli "usciti", ovvero dei medici esclusi dalla graduatoria più recente, per aver preso la convenzione alla precedente assegnazione, si è confermata la teoria per cui, solo chi aggiorna il punteggio è realmente interessato alla professione ma soprattutto chi aggiorna il punteggio ed è residente regionale. Questo doppio "match" quindi è dirimente per lo studio sulle proiezioni a livello nazionale e regionale in quanto la popolazione attiva, che è il punto di partenza per definire lo "stato di salute" delle graduatorie regionali, viene identificata attraverso l'analisi statica dei residenti con l'analisi dinamica degli "attivi". Laddove non è stato possibile avere il dato sui residenti (solamente 3 regioni su 20 quali Lombardia, Sicilia e Trento) si è applicato il 7% sul totale degli attivi come da media risultante per le altre 17 regioni.

### Esempio di Analisi Dinamica – Regione Abruzzo



Dall'analisi dinamica a livello "micro" regionale ovvero provinciale è possibile predire le zone carenti provinciali che prima soffriranno della carenza dei medici. E' necessario un rapporto con la popolazione provinciale.

"Popolazione attiva regionale", risultante dall'incremento del punteggio degli iscritti in graduatoria da 0.1 a 2.6 in un 1 anno + NUOVI iscritti

IQ = in quiescenza; è la popolazione in graduatoria che non aggiorna il punteggio da un anno a un altro e viene esclusa dai calcoli sulle proiezioni in quanto "non interessata".

La tabella che segue è l'elaborazione dati di tutte le analisi dinamiche regionali del 2017 e del 2018 (ad esclusione della Puglia con analisi 2018 e 2019).

Applicando un 71%, come media nazionale dei residenti attivi nelle 17 regioni alle Lombardia, Sicilia e Trento, è stato possibile stimare la riserva attiva nazionale che verrà presa come base di calcolo per le proiezioni sulle future carenze a livello regionale e nazionale.

REGIONI	ANALISI DINAMICA			EQUIPOLLENTI	EQUIP / RESI	% ATTIVI RES/TOT	STIMA
	"ATTIVI" TOTALI 2017-2018	"ATTIVI" RESIDENTI 2017-2018	"ATTIVI RESIDENTI - MMG" 2017-2018				
ABRUZZO	418	269	141	128	47.6%	64%	
BASILICATA	692	252	144	108	42.9%	36%	
CALABRIA	704	674	285	389	57.7%	96%	
CAMPANIA	1483	1344	718	626	46.6%	91%	
E. ROMAGNA	717	440	320	120	27.3%	61%	
FVG	169	103	88	15	14.6%	61%	
LAZIO	925	650	337	#nd	#nd	70%	
LIGURIA	276	188	125	63	33.5%	68%	
LOMBARDIA	790	#nd	#nd	#nd	#nd	#nd	561
MARCHE	365	195	152	43	22.1%	53%	
MOLISE	393	210	115	95	45.2%	53%	
PIEMONTE	553	297	195	102	34.3%	54%	
PUGLIA*	971	850	450	#nd	#nd	88%	
SARDEGNA	603	468	172	296	63.2%	78%	
SICILIA	1313	#nd	#nd	#nd	#nd	#nd	932
TOSCANA	634	445	350	95	21.3%	70%	
TRENTINO	270	#nd	#nd	#nd	#nd	#nd	192
UMBRIA	305	192	141	51	27%	63%	
VAL D'AOSTA	61	8	8	0	0	13%	
VENETO	596	403	278	125	31%	68%	
<b>ITALIA</b>	<b>12238</b>	<b>6988</b>	<b>4019</b>	<b>2256</b>	<b>32.3%</b>	<b>71%</b>	<b>1685</b>
							<b>TOT STIMA</b> <b>8673</b>

"Attivi Totali" sono i residenti ed extra residenti attivi. Dato nazionale sovra stimato per presenza di "doppioni"

A  
"Attivi Residenti", manca il dato delle 3 regioni che non presentano l'informazione all'interno delle loro graduatorie.

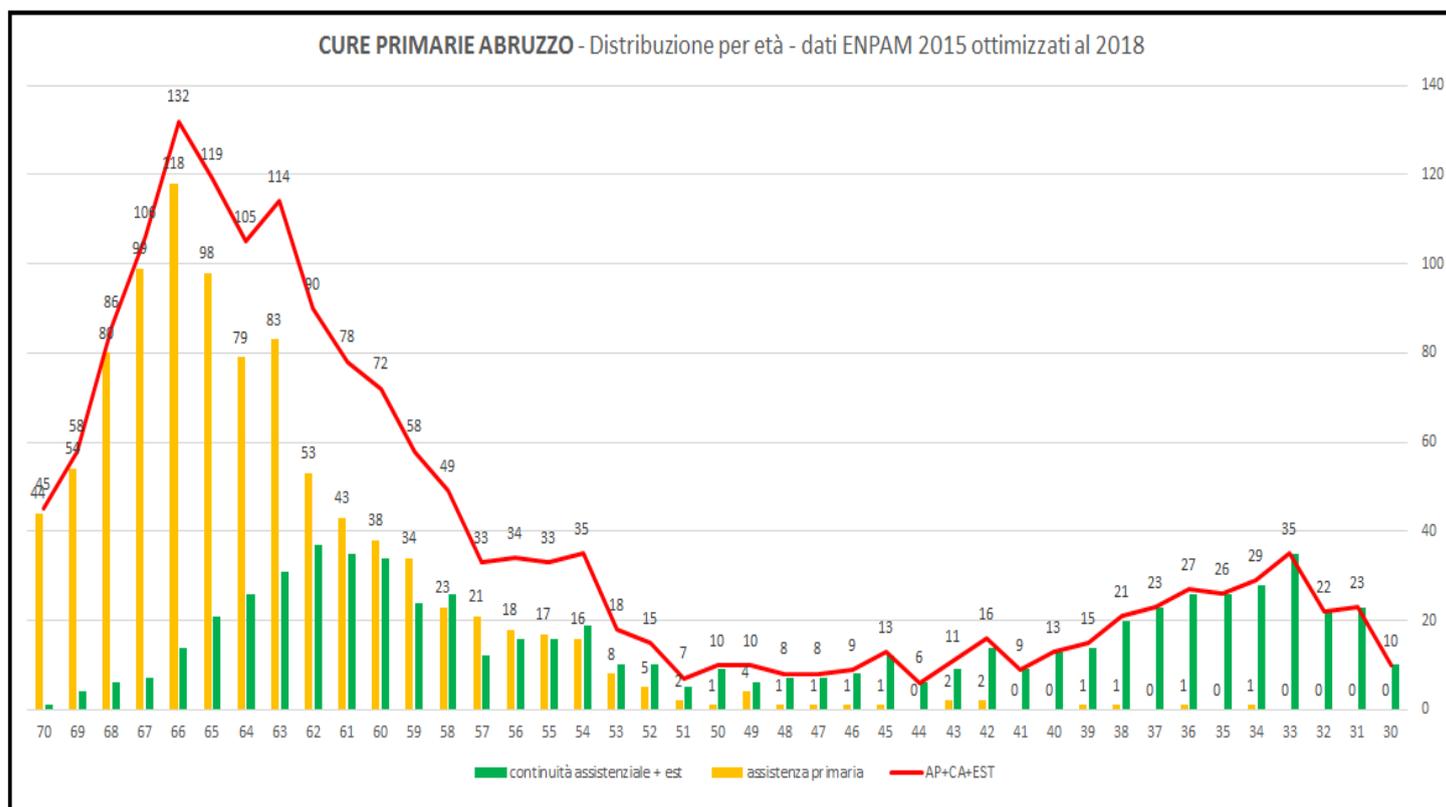
B  
71% è la media degli attivi residenti sui totali delle 17 regioni italiane dove è presente il dato "residenza". Per le 3 regioni che non hanno il dato si è proceduto ad applicare il 71% sui rispettivi totali.

A+B  
Totale Popolazione attiva a livello nazionale nel 2018 data dall'analisi dinamica delle graduatorie regionali 2017 e 2018 di tutte le regioni.

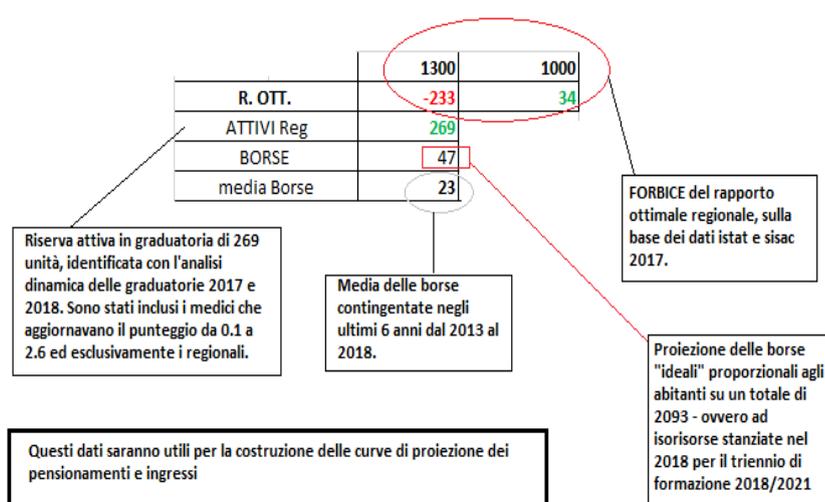
**8673** è la stima del numero dei medici attivi nelle graduatorie regionali, questo valore nasce dalla somma dei 6988 calcolati attraverso l'analisi dinamica delle graduatorie regionali 2017 e 2018 di 17 regioni, a cui si è sommato il 71% del valore uscito dalle 3 regioni senza il dato residenza, di cui si ha solamente il dato "grezzo" di "totali interessati" (residenti più extra residenti).

## CARENZE IN MEDICINA GENERALE: LE PROIEZIONI REGIONALI E POI NAZIONALE

Lo scopo ultimo di tutto il lavoro illustrato finora è arrivare a questo punto, ovvero alla costruzione della proiezione dei pensionamenti tendendo conto dei futuri ingressi e della riserva in graduatoria attiva e infine per ultimo inquadrando il problema regionale con il rapporto ottimale.



PENSIONAMENTI ABRUZZO				
ETA'	ANNO	CA + EST	AP	TOTALE
70	2018	1	44	45
69	2019	4	54	58
68	2020	6	80	86
67	2021	7	99	106
66	2022	14	118	132
65	2023	21	98	119
64	2024	26	79	105
63	2025	31	83	114
62	2026	37	53	90
61	2027	35	43	78
60	2028	34	38	72
59	2029	24	34	58
58	2030	26	23	49
57	2031	12	21	33
56	2032	16	18	34
<b>ABRUZZO</b>		<b>294</b>	<b>885</b>	<b>1179</b>



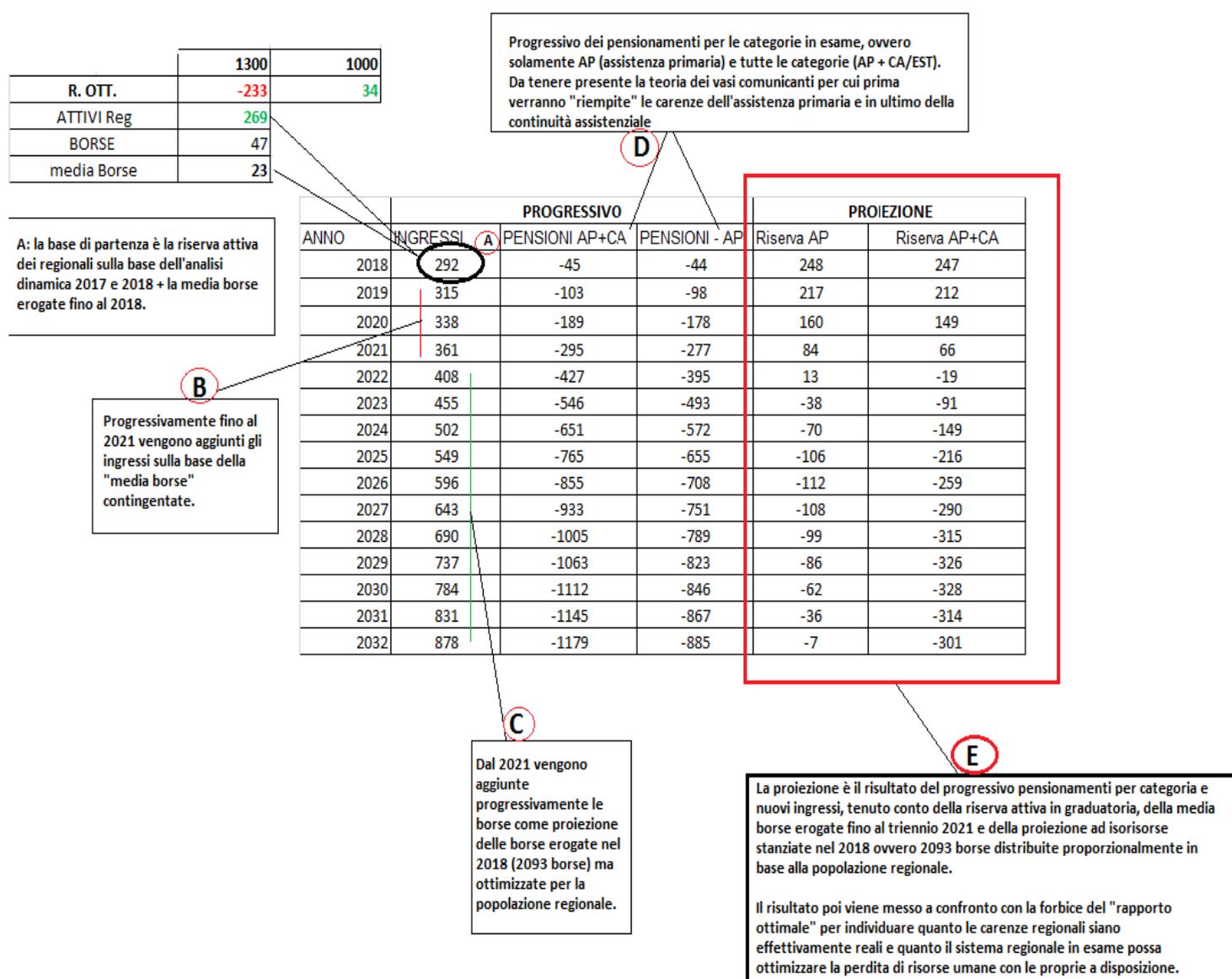
Verrà presa in esame la regione Abruzzo per spiegare il metodo, poi successivamente illustrate le proiezioni di tutte e 2 le regioni e fine la proiezione "Italia".

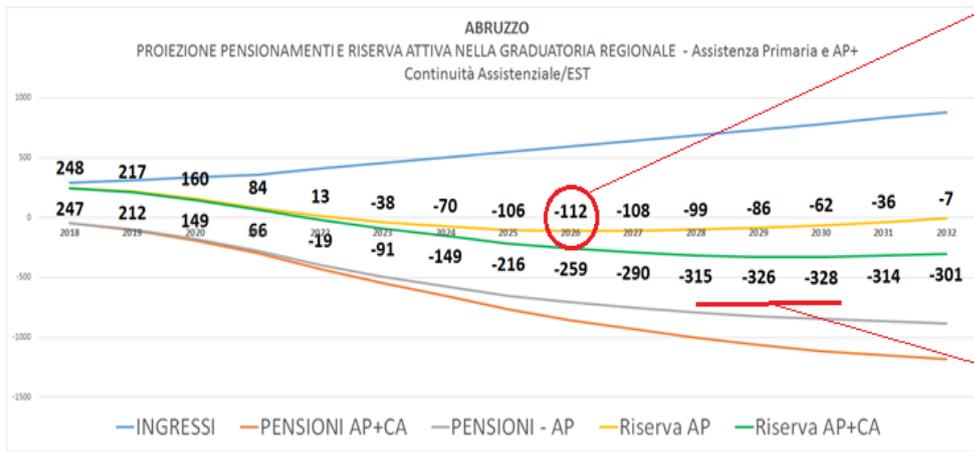
Il punto di partenza sono sempre i dati ENPAM per quanto riguarda l'“output” con la curva di distribuzione per età anagrafica dei medici per le categorie in esame ovvero: Assistenza Primaria e Continuità assistenziale / EST.

Abbiamo già individuato la “riserva attiva regionale” che sarebbero i medici all'interno delle graduatorie di settore che sono interessati ad accedere alla convenzione perché aggiornano il punteggio. Sono la nostra base di calcolo di “input”.

Le borse di formazione servono per calcolare la media degli ingressi attesi fino al 2021, sulla base della media borse contingentate dal 2013 al 2018, mentre le “BORSE” sono le borse attese dal 2021 al 2032 come investimento nella medicina generale in borse di formazione ad isorisorse con il triennio 2018/2021 (2093 borse), adeguatamente distribuite in maniera proporzionale alla popolazione residente come illustrato nel relativo capitolo.

## COSTRUZIONE DELLA PROIEZIONE IN 5 PASSAGGI





"Anno di Picco" di maggiore carenza per la sola assistenza primaria.  
Nel 2026 mancheranno in abruzzo 112 medici rispetto ad oggi che non avranno "riserva" in graduatoria. Il dato è confrontabile con il rapporto ottimale per vedere quanta flessibilità possiamo ancora vedere nel SSR abruzzese.

	1300	1000
R. OTT.	-233	34

Anno di picco di maggiore carenza di medici abruzzesi sia in Assistenza Primaria che continuità assistenziale. Confrontando il dato con il Rapporto ottimale, anche avendo una contrazione di 233 unità ne rimarrebbero ulteriori -100 da destinare alla continuità assistenziale che avrebbe quindi la vera carenza di medici in Abruzzo.

## Analisi di scenario regione Abruzzo

In Abruzzo possiamo vedere come il picco massimo di pensionamenti per la sola Assistenza Primaria sia nel 2026 con **-112** unità di medici di famiglia mentre per quanto riguarda tutto il comparto Cure Primarie (Assistenza primaria + Continuità Assistenziale ed Emergenza Sanitaria Territoriale) il 2030 segnerebbe **-328** unità.

	1300	1000
R. OTT.	-233	34

Se andiamo però a prendere il rapporto ottimale possiamo notare come ci sia ancora un bel po' di margine di flessione potendo "ottimizzare" e quindi assorbire ancora 233 unità di medici di famiglia (MMG, o meglio AP), che andrebbero quindi totalmente a coprire le carenze della sola assistenza primaria e contribuirebbero in maniera sostanziale a quelle della continuità assistenziale ed emergenza sanitaria territoriale che rimangono tuttora ad oggi, nonostante il doppio delle borse messe a disposizione, i settori che maggiormente risentiranno dei futuri pensionamenti.

NOTA BENE: non sono state inserite nei calcoli le "borse perse" stimate in circa un 10/15% in quanto non ci sono ad oggi dati certi ed ufficiali a riguardo nonostante qualche primo tentativo di quantificazione.

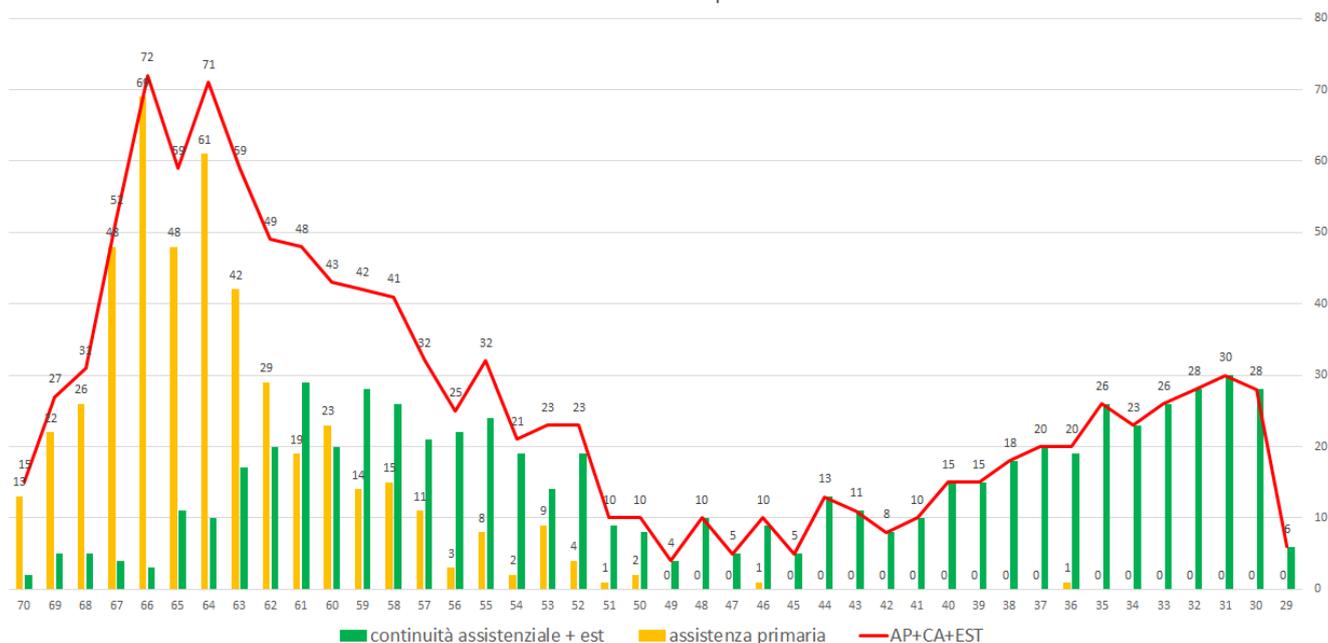
L'attrattività del lavoro nei prossimi anni poi, nel pieno della gobba pensionistica e dell'emergenza scoraggerebbe gli abbandoni del corso.

Altre soluzioni in merito potrebbe essere lo scorrimento delle graduatorie, già proposto nel precedente concorso e che ha permesso che gran parte delle borse non venissero perse nel giro di pochi mesi.

In ogni caso è possibile tenerle in considerazione come ulteriore fattore al pari del rapporto ottimale in un'ottica sempre più globale e multidimensionale del problema.

Come per l'Abruzzo adesso verranno presentate le elaborazioni di tutte le rimanenti regioni e infine della situazione italiana, nei prossimi 15 anni.

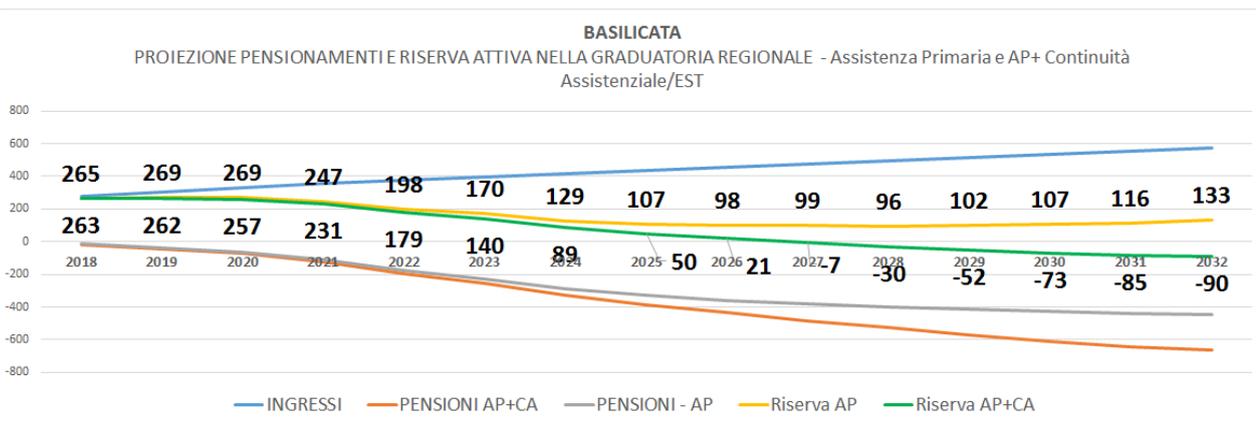
CURE PRIMARIE BASILICATA - Distribuzione per età - dati ENPAM 2015 ottimizzati al 2018



ETA'	ANNO	PENSIONAMENTI BASILICATA		
		CA + EST	AP	TOTALE
70	2018	2	13	15
69	2019	5	22	27
68	2020	5	26	31
67	2021	4	48	52
66	2022	3	69	72
65	2023	11	48	59
64	2024	10	61	71
63	2025	17	42	59
62	2026	20	29	49
61	2027	29	19	48
60	2028	20	23	43
59	2029	28	14	42
58	2030	26	15	41
57	2031	21	11	32
56	2032	22	3	25
<b>BASILICATA</b>		<b>223</b>	<b>443</b>	<b>666</b>

ANNO	PROGRESSIVO		PROIEZIONE		
	INGRESSI	PENSIONI AP+CA	PENSIONI - AP	Riserva AP	Riserva AP+CA
2018	278	-15	-13	265	263
2019	304	-42	-35	269	262
2020	330	-73	-61	269	257
2021	356	-125	-109	247	231
2022	376	-197	-178	198	179
2023	396	-256	-226	170	140
2024	416	-327	-287	129	89
2025	436	-386	-329	107	50
2026	456	-435	-358	98	21
2027	476	-483	-377	99	-7
2028	496	-526	-400	96	-30
2029	516	-568	-414	102	-52
2030	536	-609	-429	107	-73
2031	556	-641	-440	116	-85
2032	576	-666	-443	133	-90

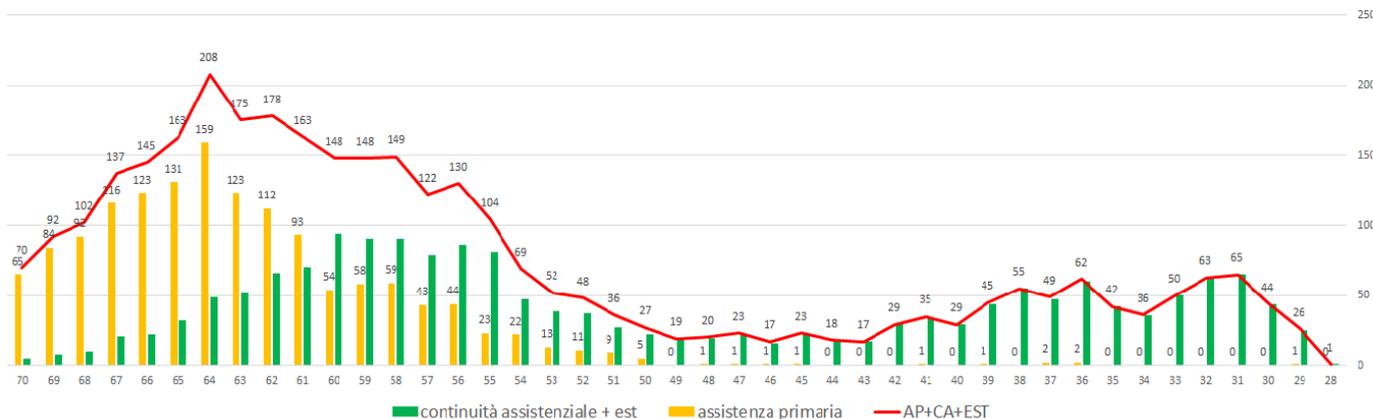
	1300	1000
R. OTT.	-109	6
ATTIVI Reg	252	
BORSE	20	
media Borse	26	



**Analisi di scenario al 2032 Regione Basilicata:**

- 1) no deficit di medici di assistenza primaria con surplus nelle graduatorie regionali
- 2) carenza contenuta di medici di CA/EST correggibile nei limiti di un rapporto ottimale per l' AP di 1300
- 3) Borse di formazione 20 all'anno

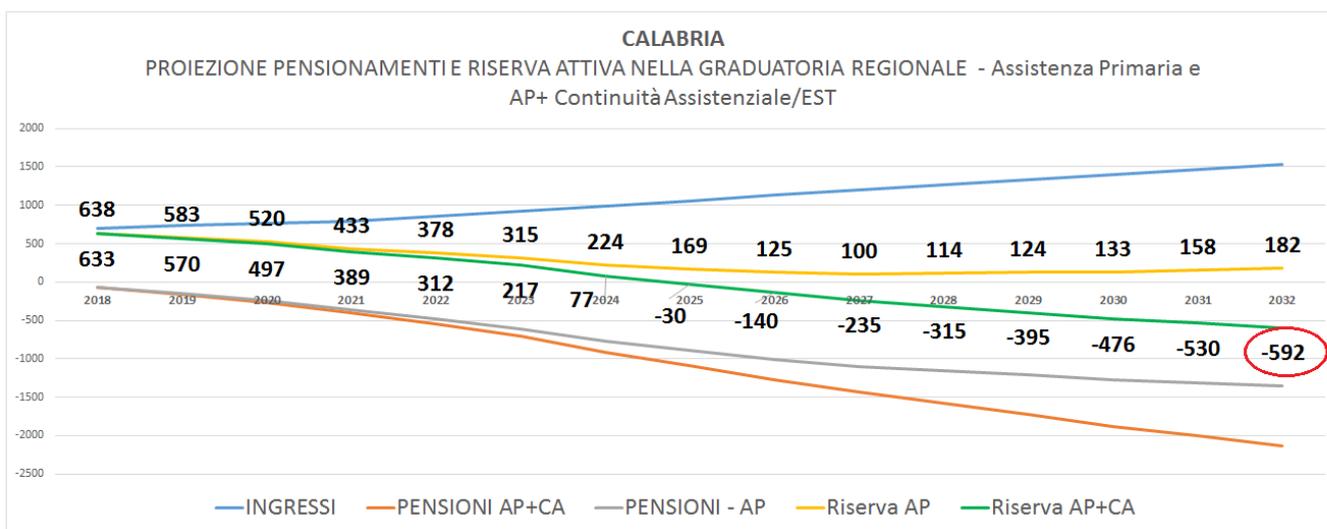
CURE PRIMARIE CALABRIA - Distribuzione per età - dati ENPAM 2015 ottimizzati al 2018



PENSIONAMENTI CALABRIA				
ETA'	ANNO	CA + EST	AP	TOTALE
70	2018	5	65	70
69	2019	8	84	92
68	2020	10	92	102
67	2021	21	116	137
66	2022	22	123	145
65	2023	32	131	163
64	2024	49	159	208
63	2025	52	123	175
62	2026	66	112	178
61	2027	70	93	163
60	2028	94	54	148
59	2029	90	58	148
58	2030	90	59	149
57	2031	79	43	122
56	2032	86	44	130
		774	1356	2130

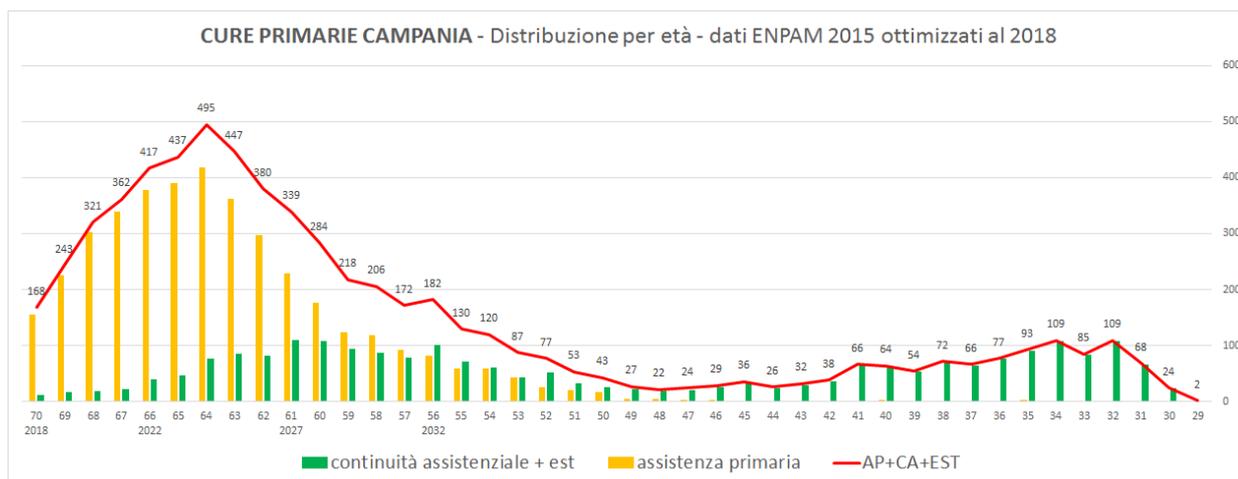
	1300	1000
R. OTT.	-260	132
ATTIVI Reg	674	
BORSE	68	
media Bcrse	29	

ANNO	INGRESSI	PROGRESSIVO		PROIEZIONE	
		PENSIONI AP+CA	PENSIONI - AP	Riserva AP	Riserva AP+CA
2018	703	-70	-65	638	633
2019	732	-162	-149	583	570
2020	761	-264	-241	520	497
2021	790	-401	-357	433	389
2022	858	-546	-480	378	312
2023	926	-709	-611	315	217
2024	994	-917	-770	224	77
2025	1062	-1092	-893	169	-30
2026	1130	-1270	-1005	125	-140
2027	1198	-1433	-1098	100	-235
2028	1266	-1581	-1152	114	-315
2029	1334	-1729	-1210	124	-395
2030	1402	-1878	-1269	133	-476
2031	1470	-2000	-1312	158	-530
2032	1538	-2130	-1356	182	-592



**Analisi di scenario al 2032 Regione Calabria:**

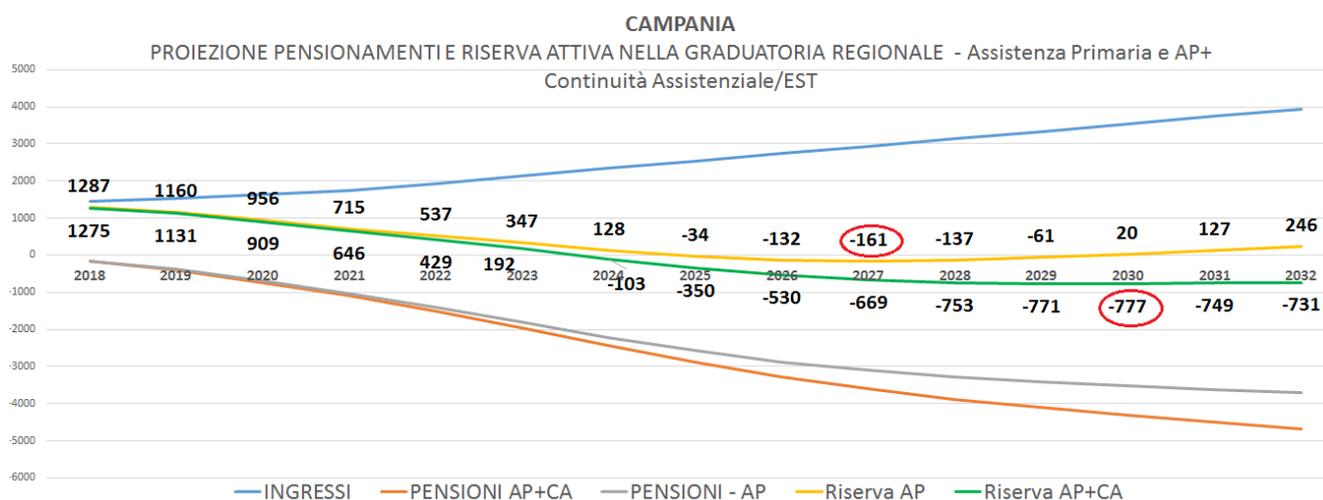
- 1) no deficit di medici di assistenza primaria
- 2) forte carenza in crescendo di medici di CA/EST NON correggibile con adeguamento rapporto ottimale dell'assistenza primaria
- 3) Borse di formazione 69 all'anno



PENSIONAMENTI CAMPANIA				
ETA'	ANNO	CA + EST	AP	TOTALE
70	2018	12	156	168
69	2019	17	226	243
68	2020	18	303	321
67	2021	22	340	362
66	2022	39	378	417
65	2023	47	390	437
64	2024	76	419	495
63	2025	85	362	447
62	2026	82	298	380
61	2027	110	229	339
60	2028	108	176	284
59	2029	94	124	218
58	2030	87	119	206
57	2031	79	93	172
56	2032	101	81	182
		977	3694	4671

	1300	1000
R. OTT.	-510	635
ATTIVI Reg	1344	
BORSE	200	
media Borse	99	

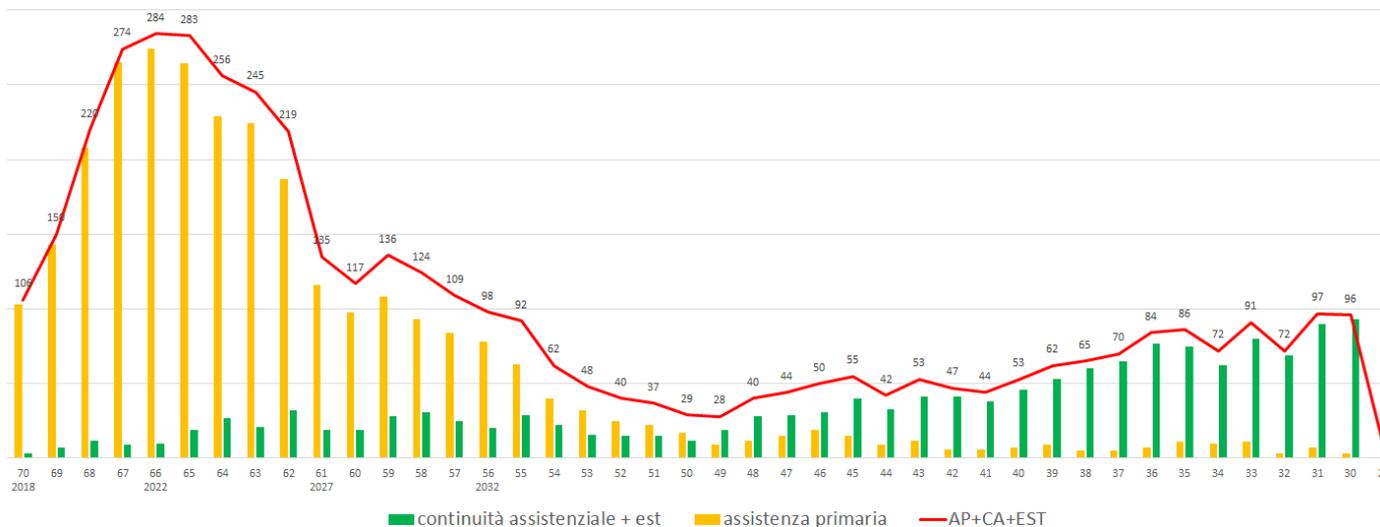
ANNO	INGRESSI	PROGRESSIVO		PROIEZIONE	
		PENSIONI AP+CA	PENSIONI - AP	Riserva AP	Riserva AP+CA
2018	1443	-168	-156	1287	1275
2019	1542	-411	-382	1160	1131
2020	1641	-732	-685	956	909
2021	1740	-1094	-1025	715	646
2022	1940	-1511	-1403	537	429
2023	2140	-1948	-1793	347	192
2024	2340	-2443	-2212	128	-103
2025	2540	-2890	-2574	-34	-350
2026	2740	-3270	-2872	-132	-530
2027	2940	-3609	-3101	-161	-669
2028	3140	-3893	-3277	-137	-753
2029	3340	-4111	-3401	-61	-771
2030	3540	-4317	-3520	20	-777
2031	3740	-4489	-3613	127	-749
2032	3940	-4671	-3694	246	-731



**Analisi di scenario al 2032 - Regione Campania:**

- 1) deficit di medici di assistenza primaria con carenza di picco a -161 unità nel 2027 - ampiamente correggibile con adeguamento rapporto ottimale entro 1300.
- 2) forte carenza di medici di CA/EST nonostante l'adeguamento di R.O. a 1300.
- 3) Borse di formazione 99 all'anno.

CURE PRIMARIE E. ROMAGNA - Distribuzione per età - dati ENPAM 2015 ottimizzati al 2018



PENSIONAMENTI - EMILIA ROMAGNA				
ANNI	REGIONE	CA + EST	AP	TOTALE
70	2018	3	103	106
69	2019	7	143	150
68	2020	12	208	220
67	2021	9	265	274
66	2022	10	174	184
65	2023	19	164	183
64	2024	27	229	256
63	2025	21	224	245
62	2026	32	187	219
61	2027	19	116	135
60	2028	19	98	117
59	2029	28	108	136
58	2030	31	93	124
57	2031	25	84	109
56	2032	20	78	98
		282	2274	2556

	1300	1000
R. OTT.	-39	851
ATTIVI Reg	440	
BORSE	155	
media Borse	83	

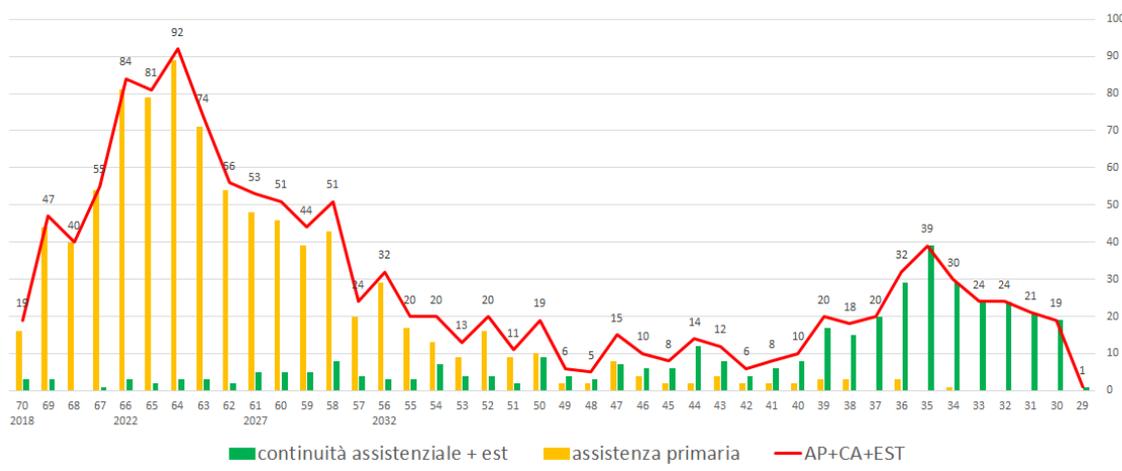
ANNO	PROGRESSIVO			PROIEZIONE	
	INGRESSI	PENSIONI AP+CA	PENSIONI - AP	Riserva AP	Riserva AP+CA
2018	523	-106	-103	420	417
2019	606	-256	-246	360	350
2020	689	-476	-454	235	213
2021	772	-750	-719	53	22
2022	927	-934	-893	34	-7
2023	1082	-1117	-1057	25	-35
2024	1237	-1373	-1286	-49	-136
2025	1392	-1618	-1510	-118	-226
2026	1547	-1837	-1697	-150	-290
2027	1702	-1972	-1813	-111	-270
2028	1857	-2089	-1911	-54	-232
2029	2012	-2225	-2019	-7	-213
2030	2167	-2349	-2112	55	-182
2031	2322	-2458	-2196	126	-136
2032	2477	-2556	-2274	203	-79

EMILIA ROMAGNA  
PROIEZIONE PENSIONAMENTI E RISERVA ATTIVA NELLA GRADUATORIA REGIONALE - Assistenza Primaria e AP+ Continuità Assistenziale/EST



**Analisi di scenario al 2032 - Regione Emilia Romagna:**  
 1) deficit di medici di assistenza primaria per cui sarà necessario superare il rapporto ottimale di 1300  
 2) deficit maggiore di medici di CA/EST  
 3) Borse di formazione 155 all'anno

**CURE PRIMARIE FRIULI VENEZIA GIULIA - Distribuzione per età - dati ENPAM 2015 ottimizzati al 2018**

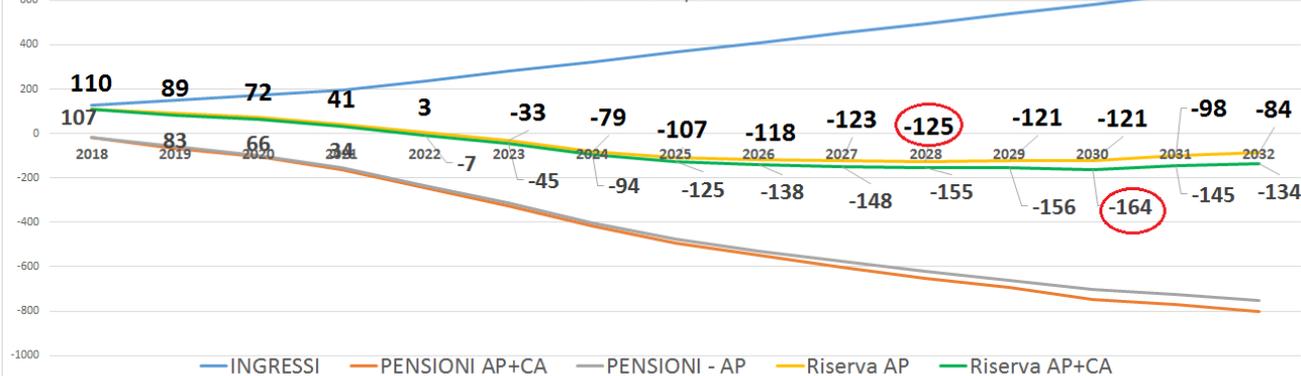


PENSIONAMENTI FRIULI VENEZIA GIULIA				
ANNI	REGIONE	CA + EST	AP	TOTALE
70	2018	3	16	19
69	2019	3	44	47
68	2020	0	40	40
67	2021	1	54	55
66	2022	3	81	84
65	2023	2	79	81
64	2024	3	89	92
63	2025	3	71	74
62	2026	2	54	56
61	2027	5	48	53
60	2028	5	45	50
59	2029	5	39	44
58	2030	8	43	51
57	2031	4	20	24
56	2032	3	29	32
		50	752	802

	1300	1000
R. OTT.	-45	202
ATTIVI Reg	103	
BORSE	43	
media Borse	23	

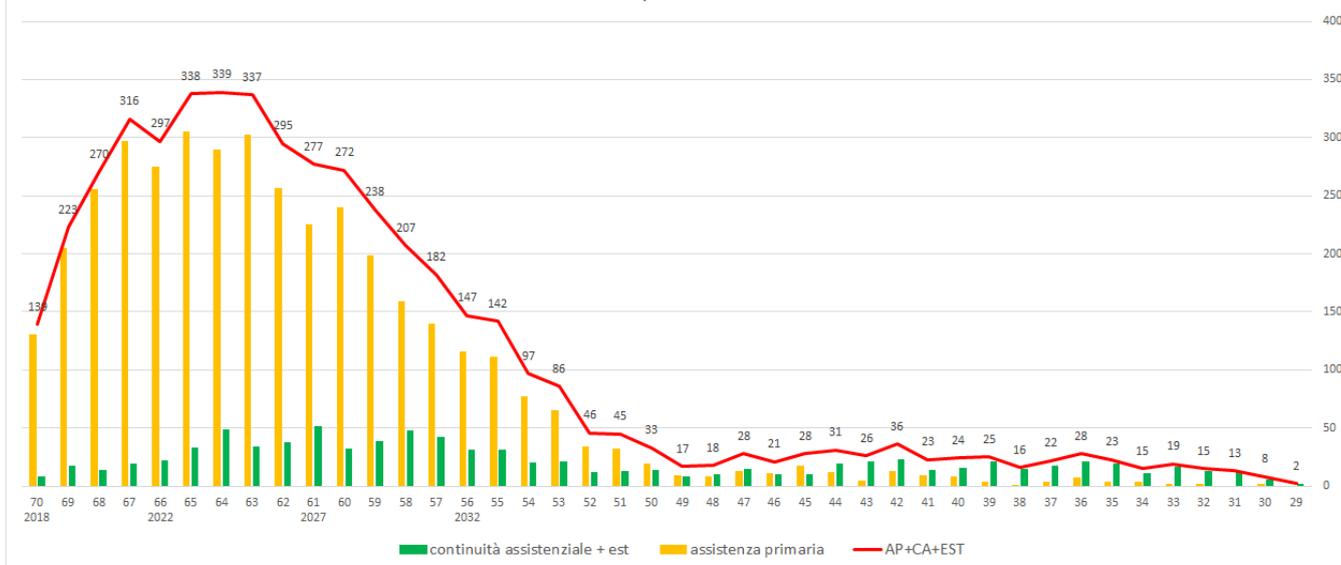
ANNO	PROGRESSIVO			PROIEZIONE	
	INGRESSI	PENSIONI AP+CA	PENSIONI - AP	Riserva AP	Riserva AP+CA
2018	126	-19	-16	110	107
2019	149	-66	-60	89	83
2020	172	-106	-100	72	66
2021	195	-161	-154	41	34
2022	238	-245	-235	3	-7
2023	281	-326	-314	-33	-45
2024	324	-418	-403	-79	-94
2025	367	-492	-474	-107	-125
2026	410	-548	-528	-118	-138
2027	453	-601	-576	-123	-148
2028	496	-651	-621	-125	-155
2029	539	-695	-660	-121	-156
2030	582	-746	-703	-121	-164
2031	625	-770	-723	-98	-145
2032	668	-802	-752	-84	-134

**FRIULI VENEZIA GIULIA**  
PROIEZIONE PENSIONAMENTI E RISERVA ATTIVA NELLA GRADUATORIA REGIONALE - Assistenza Primaria e AP+ Continuità Assistenziale/EST



- Analisi di scenario al 2032 - Regione Friuli Venezia Giulia:**
- 1) Deficit di medici di assistenza primaria al 2028 di -125 unità non correggibile con rapporto ottimale a 1300
  - 2) deficit di medici di CA/EST di pari significatività
  - 3) Borse di formazione in proiezione 43 all'anno.

CURE PRIMARIE LAZIO- Distribuzione per età - dati ENPAM 2015 ottimizzati al 2018



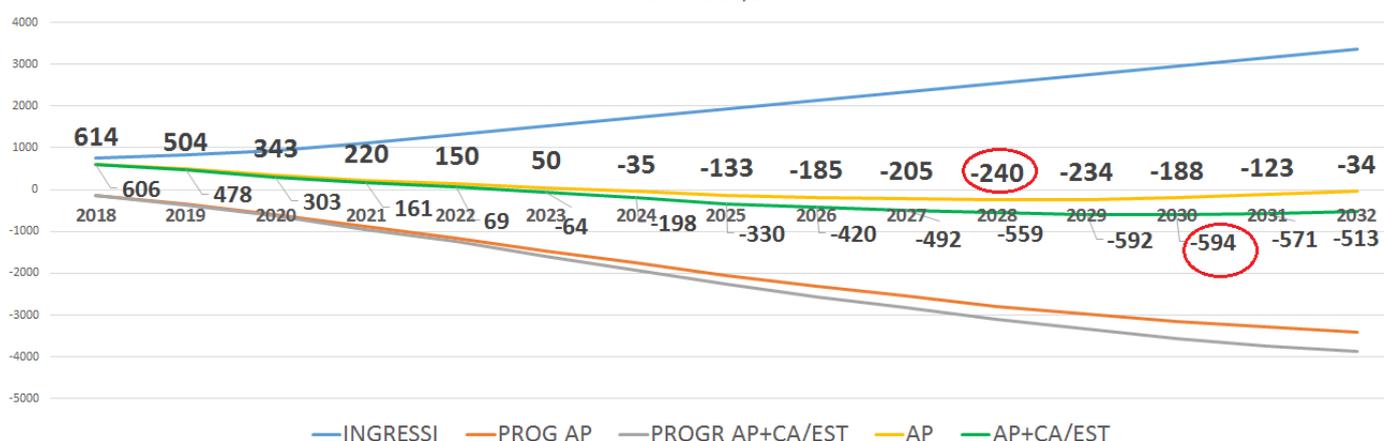
PENSIONAMENTI LAZIO				
ETA'	ANNO	CA/EST	AP	TOTALE
70	2018	8	131	139
69	2019	18	205	223
68	2020	14	256	270
67	2021	19	297	316
66	2022	22	275	297
65	2023	33	305	338
64	2024	49	290	339
63	2025	34	303	337
62	2026	38	257	295
61	2027	52	225	277
60	2028	32	240	272
59	2029	39	199	238
58	2030	48	159	207
57	2031	42	140	182
56	2032	31	116	147
		479	3398	3877

	1300	1000
R. OTT.	-707	469
ATTIVI Reg	650	
BORSE	205	
media Borse	95	

ANNO	PROGRESSIVO			PROIEZIONE	
	INGRESSI	PROG AP	PROGR	AP	AP+CA/ES
2018	745	-131	-139	614	606
2019	840	-336	-362	504	478
2020	935	-592	-632	343	303
2021	1109	-889	-948	220	161
2022	1314	-1164	-1245	150	69
2023	1519	-1469	-1583	50	-64
2024	1724	-1759	-1922	-35	-198
2025	1929	-2062	-2259	-133	-330
2026	2134	-2319	-2554	-185	-420
2027	2339	-2544	-2831	-205	-492
2028	2544	-2784	-3103	-240	-559
2029	2749	-2983	-3341	-234	-592
2030	2954	-3142	-3548	-188	-594
2031	3159	-3282	-3730	-123	-571
2032	3364	-3398	-3877	-34	-513

LAZIO

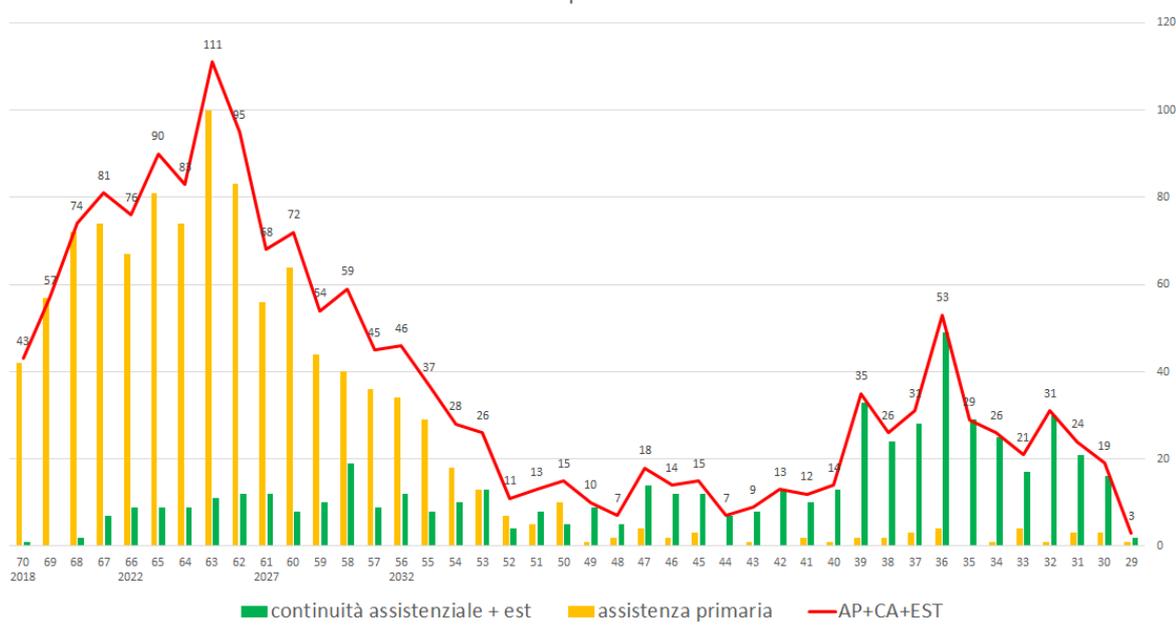
PROIEZIONE PENSIONAMENTI E RISERVA ATTIVA NELLA GRADUATORIA REGIONALE - Assistenza Primaria e AP+ Continuità Assistenziale/EST



**Analisi di scenario al 2032 - Regione Lazio:**

- 1) Deficit di -240 medici di Assistenza Primaria
- 2) deficit totale del comparto cure primarie (AP+CA/EST) di -594 unità ampiamente correggibile con un adeguamento del rapporto ottimale a 1300
- 3) Borse di formazione 205 all'anno.

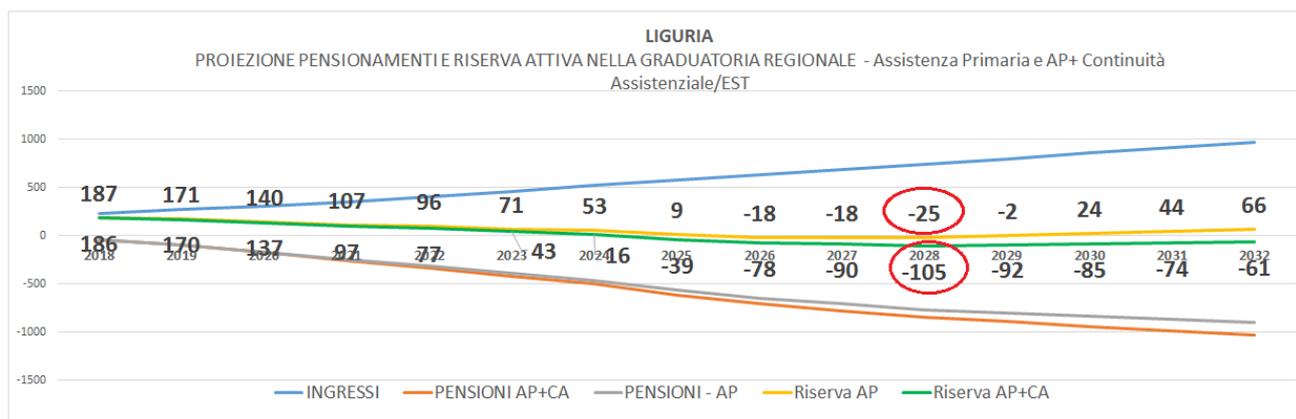
### CURE PRIMARIE LIGURIA - Distribuzione per età - dati ENPAM 2015 ottimizzati al 2018



PENSIONAMENTI				
ANNI	REGIONE	CA + EST	AP	TOTALE
70	2018	1	42	43
69	2019	0	57	57
68	2020	2	72	74
67	2021	7	74	81
66	2022	9	67	76
65	2023	9	81	90
64	2024	9	74	83
63	2025	11	100	111
62	2026	12	83	95
61	2027	12	56	68
60	2028	8	63	71
59	2029	10	33	43
58	2030	19	30	49
57	2031	9	36	45
56	2032	9	34	43
<b>LIGURIA</b>		<b>127</b>	<b>902</b>	<b>1029</b>

	1300	1000
R. OTT.	-80	241
ATTIVI Reg	188	
BORSE	56	
media Borse	41	

ANNO	PROGRESSIVO		PROIEZIONE		
	INGRESSI	PENSIONI AP+CA	PENSIONI -	Riserva AP	Riserva AP+CA
2018	229	-43	-42	187	186
2019	270	-100	-99	171	170
2020	311	-174	-171	140	137
2021	352	-255	-245	107	97
2022	408	-331	-312	96	77
2023	464	-421	-393	71	43
2024	520	-504	-467	53	16
2025	576	-615	-567	9	-39
2026	632	-710	-650	-18	-78
2027	688	-778	-706	-18	-90
2028	744	-849	-769	-25	-105
2029	800	-892	-802	-2	-92
2030	856	-941	-832	24	-85
2031	912	-986	-868	44	-74
2032	968	-1029	-902	66	-61



#### Analisi di scenario al 2032 - Regione Liguria:

- 1) deficit contenuto di medici di Assistenza primaria e di Continuità assistenziale/EST nel 2028 - "anno di picco".
- 2) Correggibile in gran parte nei limiti di un rapporto ottimale a 1300.
- 3) Borse di formazione 56 all'anno.

CURE PRIMARIE LOMBARDIA - Distribuzione per età - dati ENPAM 2015 ottimizzati al 2018

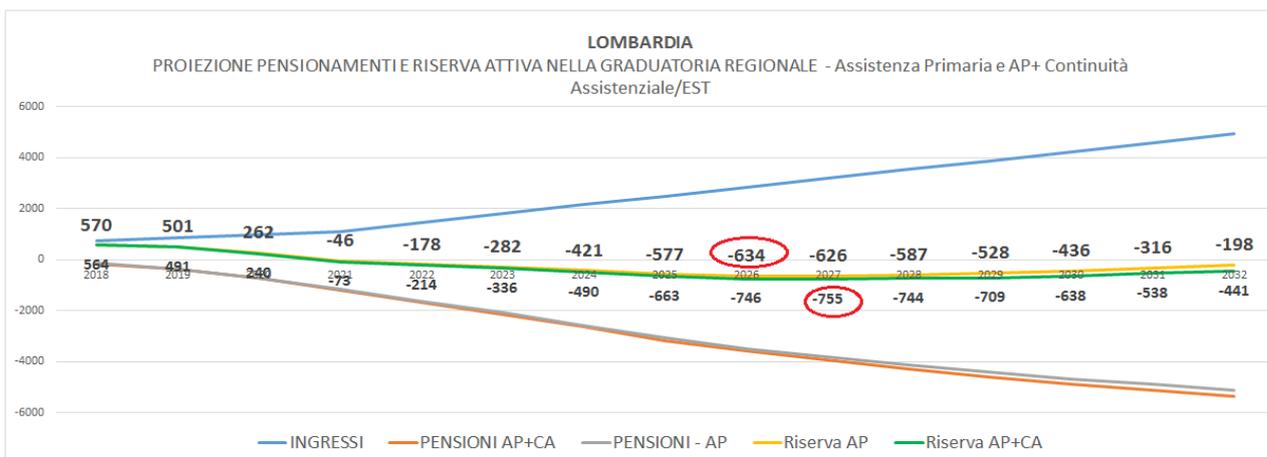


PENSIONAMENTI LOMBARDIA				
ANNI	REGIONE	CA + EST	AP	TOTALE
70	2018	6	150	156
69	2019	4	199	203
68	2020	12	369	381
67	2021	5	438	443
66	2022	9	479	488
65	2023	18	451	469
64	2024	15	486	501
63	2025	17	503	520
62	2026	26	404	430
61	2027	17	339	356
60	2028	28	308	336
59	2029	24	288	312
58	2030	21	255	276
57	2031	20	227	247
56	2032	21	229	250
		243	5125	5368

ANNO	PROGRESSIVO			PROIEZIONE	
	INGRESSI	PENSIONI A	PENSIONI - AP	Riserva AP	Riserva AP+CA
2018	720	-156	-150	570	564
2019	850	-359	-349	501	491
2020	980	-740	-718	262	240
2021	1110	-1183	-1156	-46	-73
2022	1457	-1671	-1635	-178	-214
2023	1804	-2140	-2086	-282	-336
2024	2151	-2641	-2572	-421	-490
2025	2498	-3161	-3075	-577	-663
2026	2845	-3591	-3479	-634	-746
2027	3192	-3947	-3818	-626	-755
2028	3539	-4283	-4126	-587	-744
2029	3886	-4595	-4414	-528	-709
2030	4233	-4871	-4669	-436	-638
2031	4580	-5118	-4896	-316	-538
2032	4927	-5368	-5125	-198	-441

	1300	1000
R. OTT.	225	2214
ATTIVI Reg	790	70%
BORSE	347	
media Borse	130	

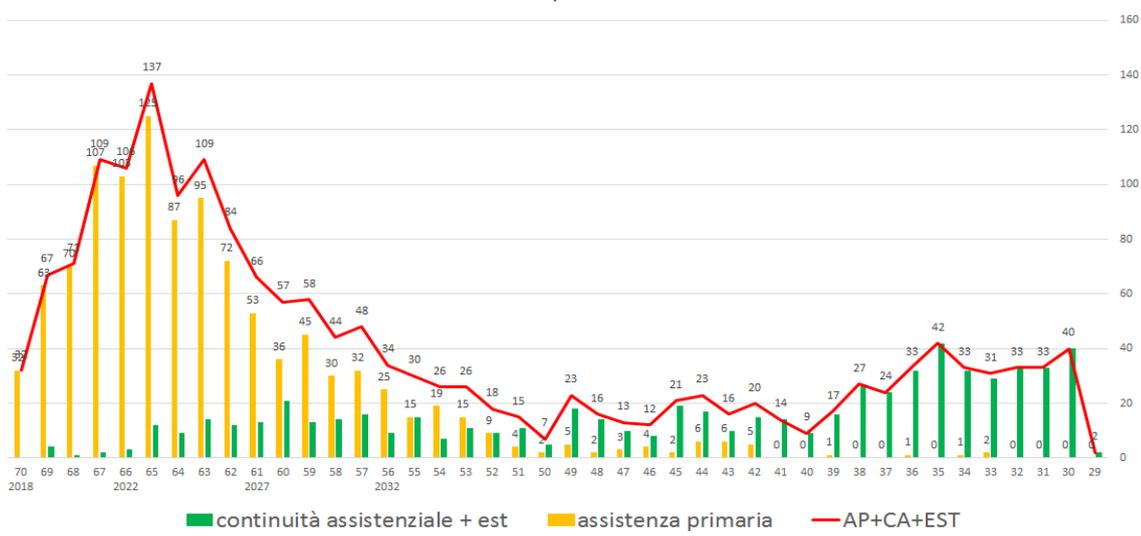
N.B. Questo dato viene fuori dal calcolo della "media" degli attivi regionali sugli attivi totali in tutte le regioni con il dato "residenza" inseribile. Laddove non è stato possibile per mancanza di dati si è proceduto ad applicare un 70% (nato appunto dalla media di 17 regioni) per individuare la riserva attiva regionale.  
Regioni con dato residenza mancante: Lombardia, Sicilia e Trento.



**Analisi di scenario al 2032 - Regione Lombardia:**

- 1) Deficit di 634 medici di assistenza primaria non correggibile con rapporto ottimale, che già supera 1300 - da valutare il suo limite entro il massimale di scelta di 1550
- 2) deficit sostenuto anche di CA/EST
- 3) Borse di formazione 347 all'anno
- 4) si segnala che in Lombardia è stato aumentato il massimale di scelta entro 1800 per determinate categorie di medici di famiglia.

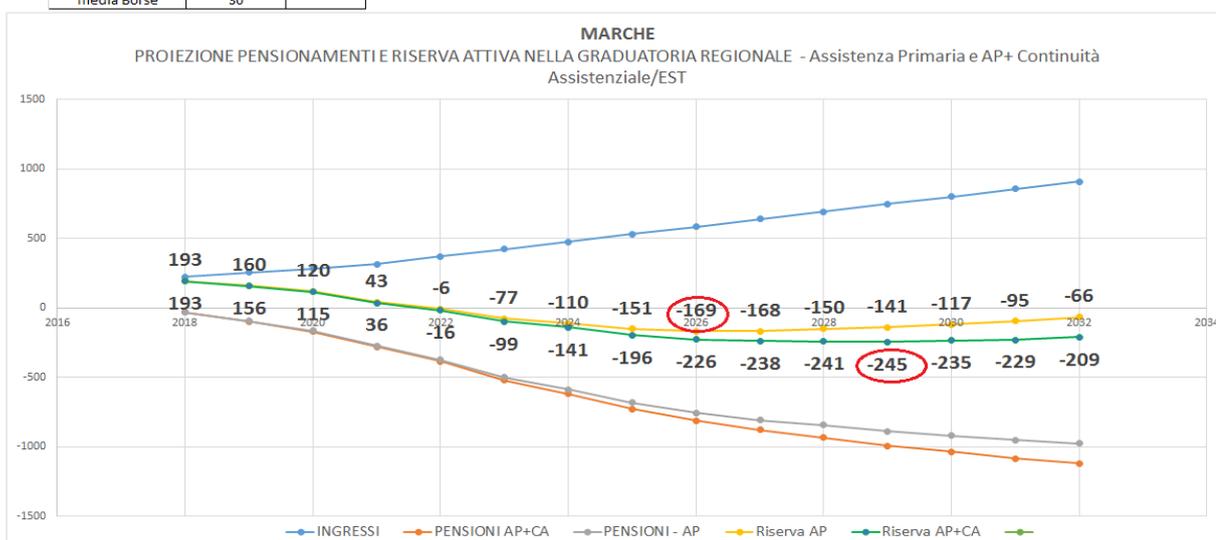
CURE PRIMARIE MARCHE - Distribuzione per età - dati ENPAM 2015 ottimizzati al 2018



PENSIONAMENTI MARCHE				
ANNI	REGIONE	CA + EST	AP	TOTALE
70	2018	0	32	32
69	2019	4	63	67
68	2020	1	70	71
67	2021	2	107	109
66	2022	3	103	106
65	2023	12	125	137
64	2024	9	87	96
63	2025	14	95	109
62	2026	12	72	84
61	2027	13	53	66
60	2028	21	36	57
59	2029	13	45	58
58	2030	14	30	44
57	2031	16	32	48
56	2032	9	25	34
		143	975	1118

ANNO	PROGRESSIVO			PROIEZIONE	
	INGRESSI	PENSIONI AP+CA	PENSIONI - AP	Riserva AP	Riserva AP+CA
2018	225	-32		193	193
2019	255	-99		160	156
2020	285	-170		120	115
2021	315	-279		43	36
2022	369	-385		-6	-16
2023	423	-522		-77	-99
2024	477	-618		-110	-141
2025	531	-727		-151	-196
2026	585	-811		-169	-226
2027	639	-877		-168	-238
2028	693	-934		-150	-241
2029	747	-992		-141	-245
2030	801	-1036		-117	-235
2031	855	-1084		-95	-229
2032	909	-1118		-66	-209

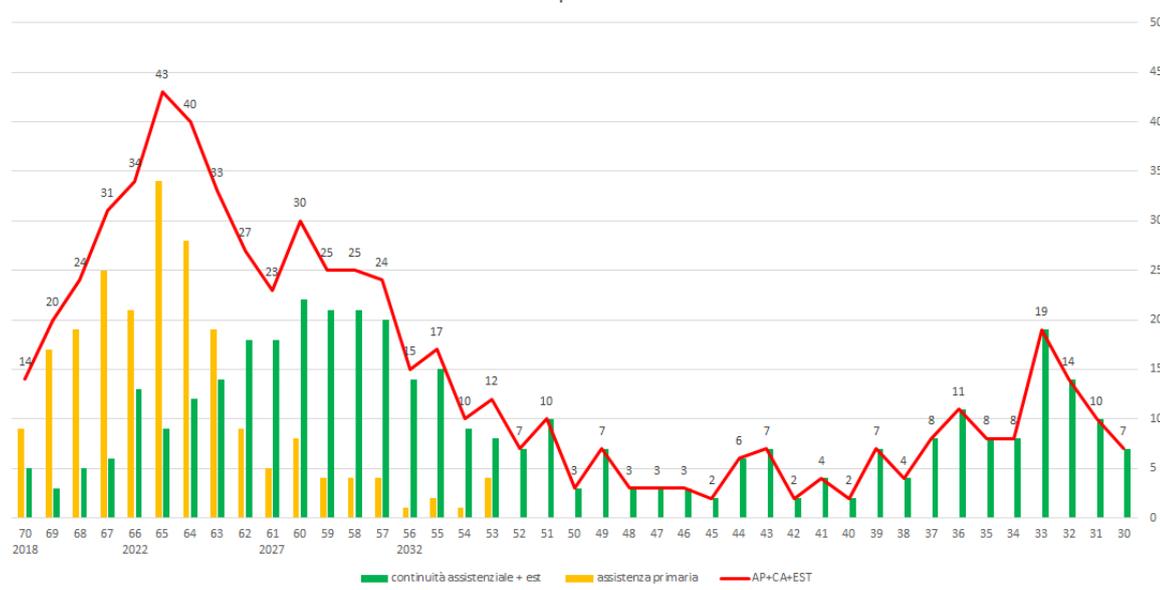
	1300	1000
R. OTT.	-67	242
ATTIVI Reg	195	
BORSE	54	
media Borse	30	



**Analisi di scenario al 2032 - Regione Marche:**

- 1) deficit di 169 medici di assistenza primaria al 2026 non adeguatamente correggibile con rapporto ottimale a 1300 - da valutare con il massimale di scelta
- 2) deficit di 245 unità unendo anche la continuità assistenziale ed emergenza sanitaria territoriale
- 3) Borse di formazione 54 all'anno come proiezione della ripartizione di 2093 borse all'anno dal 2018 al 2032.

## CURE PRIMARIE MOLISE - Distribuzione per età - dati ENPAM 2015 ottimizzati al 2018



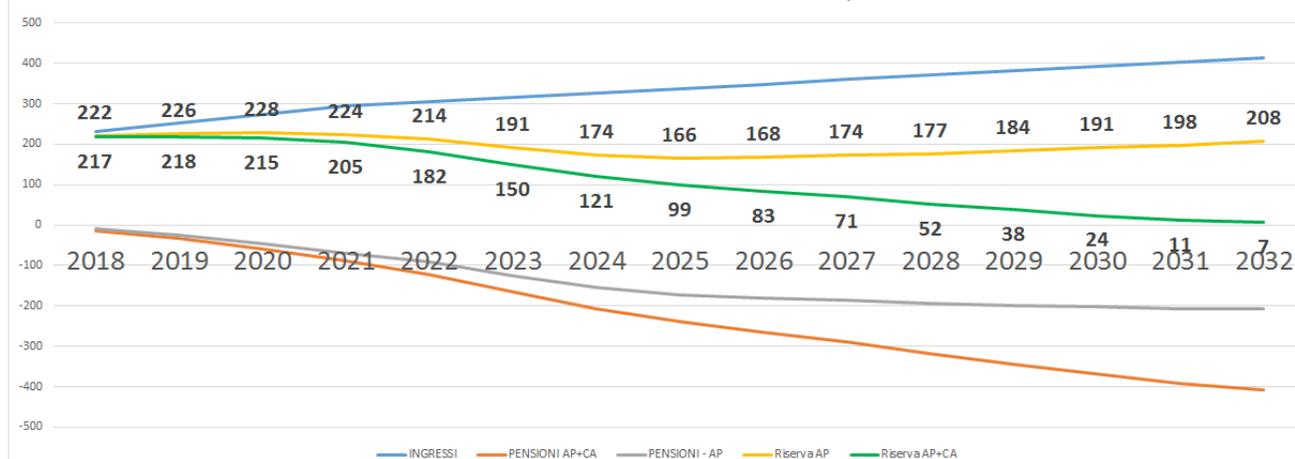
PENSIONAMENTI MOLISE				
ANNI	REGIONE	CA + EST	AP	TOTALE
70	2018	5	9	14
69	2019	3	17	20
68	2020	5	19	24
67	2021	6	25	31
66	2022	13	21	34
65	2023	9	34	43
64	2024	12	28	40
63	2025	14	19	33
62	2026	18	9	27
61	2027	18	5	23
60	2028	22	8	30
59	2029	21	4	25
58	2030	21	4	25
57	2031	20	4	24
56	2032	14	1	15
		201	207	408

	1300	1000
R. OTT.	-54	9
ATTIVI Reg	210	
BORSE	11	
media Borse	21	

ANNO	PROGRESSIVO			PROIEZIONE	
	INGRESSI	PENSIONI AP+CA	PENSIONI - AP	Riserva AP	Riserva AP+CA
2018	231	-14	-9	222	217
2019	252	-34	-26	226	218
2020	273	-58	-45	228	215
2021	294	-89	-70	224	205
2022	305	-123	-91	214	182
2023	316	-166	-125	191	150
2024	327	-206	-153	174	121
2025	338	-239	-172	166	99
2026	349	-266	-181	168	83
2027	360	-289	-186	174	71
2028	371	-319	-194	177	52
2029	382	-344	-198	184	38
2030	393	-369	-202	191	24
2031	404	-393	-206	198	11
2032	415	-408	-207	208	7

### MOLISE

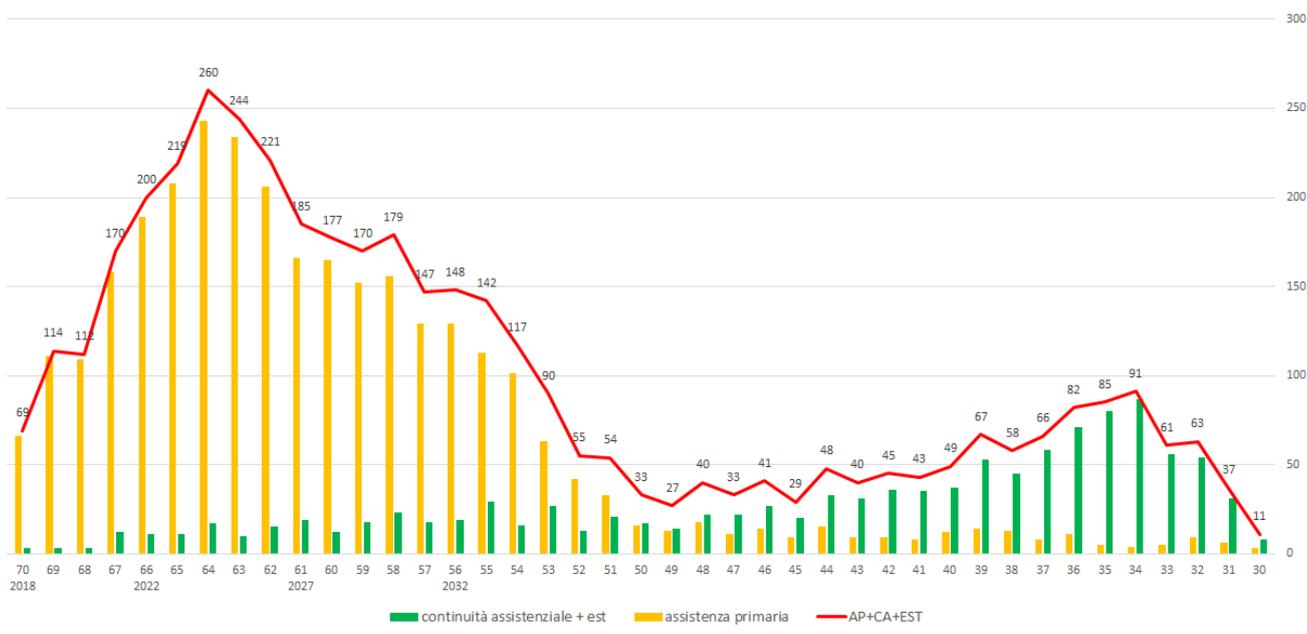
PROIEZIONE PENSIONAMENTI E RISERVA ATTIVA NELLA GRADUATORIA REGIONALE - Assistenza Primaria e AP+ Continuità Assistenziale/EST



#### Analisi di scenario al 2032 - Regione Molise:

- 1) no deficit di assistenza primaria con surplus di medici di graduatoria
- 2) no deficit di assistenza primaria + CA / EST con surplus medici
- 3) contrazione del numero di borse di formazione passate da una media di 21 all'anno alla proiezione attuale di 11 fino al 2032.

CURE PRIMARIE PIEMONTE - Distribuzione per età - dati ENPAM 2015 ottimizzati al 2018

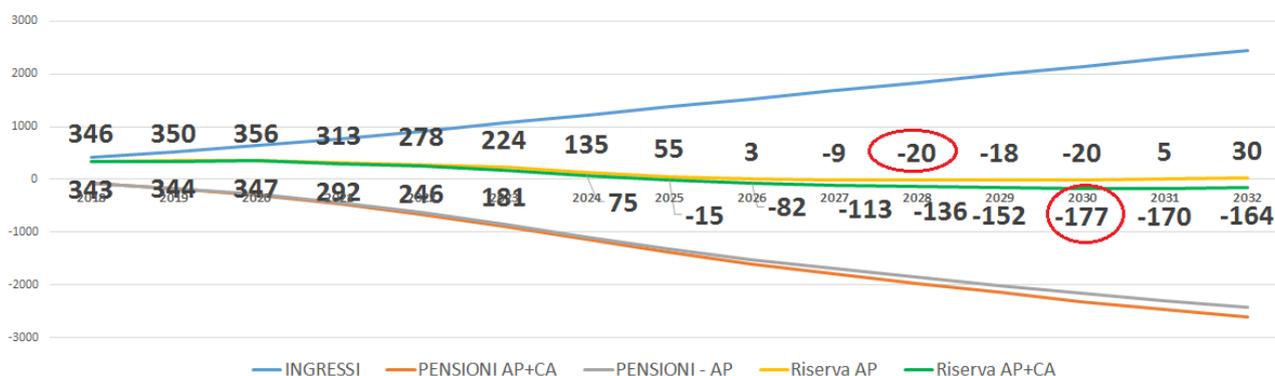


PENSIONAMENTI PIEMONTE				
ANNI	REGIONE	CA + EST	AP	TOTALE
70	2018	3	66	69
69	2019	3	111	114
68	2020	3	109	112
67	2021	12	158	170
66	2022	11	189	200
65	2023	11	208	219
64	2024	17	243	260
63	2025	10	234	244
62	2026	15	206	221
61	2027	19	166	185
60	2028	12	165	177
59	2029	18	152	170
58	2030	23	156	179
57	2031	18	129	147
56	2032	19	129	148
		194	2421	2615

	1300	1000
R. OTT.	-90	795
ATTIVI Reg	297	
BORSE	154	
media Borse	115	

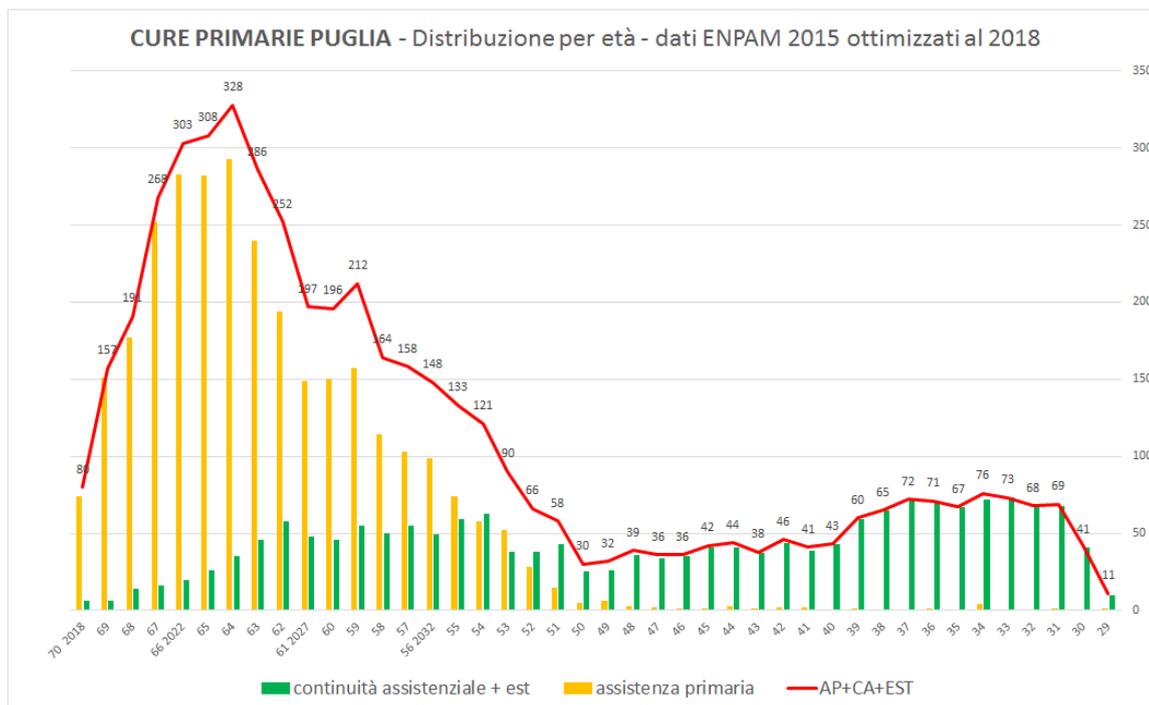
ANNO	PROGRESSIVO			PROIEZIONE	
	INGRESSI	PENSIONI AP+CA	PENSIONI - AP	Riserva AP	Riserva AP+CA
2018	412	-69	-66	346	343
2019	527	-183	-177	350	344
2020	642	-295	-286	356	347
2021	757	-465	-444	313	292
2022	911	-665	-633	278	246
2023	1065	-884	-841	224	181
2024	1219	-1144	-1084	135	75
2025	1373	-1388	-1318	55	-15
2026	1527	-1609	-1524	3	-82
2027	1681	-1794	-1690	-9	-113
2028	1835	-1971	-1855	-20	-136
2029	1989	-2141	-2007	-18	-152
2030	2143	-2320	-2163	-20	-177
2031	2297	-2467	-2292	5	-170
2032	2451	-2615	-2421	30	-164

PIEMONTE  
PROIEZIONE PENSIONAMENTI E RISERVA ATTIVA NELLA GRADUATORIA REGIONALE - Assistenza  
Primaria e AP+ Continuità Assistenziale/EST



**Analisi di scenario al 2032 - Regione Piemonte:**

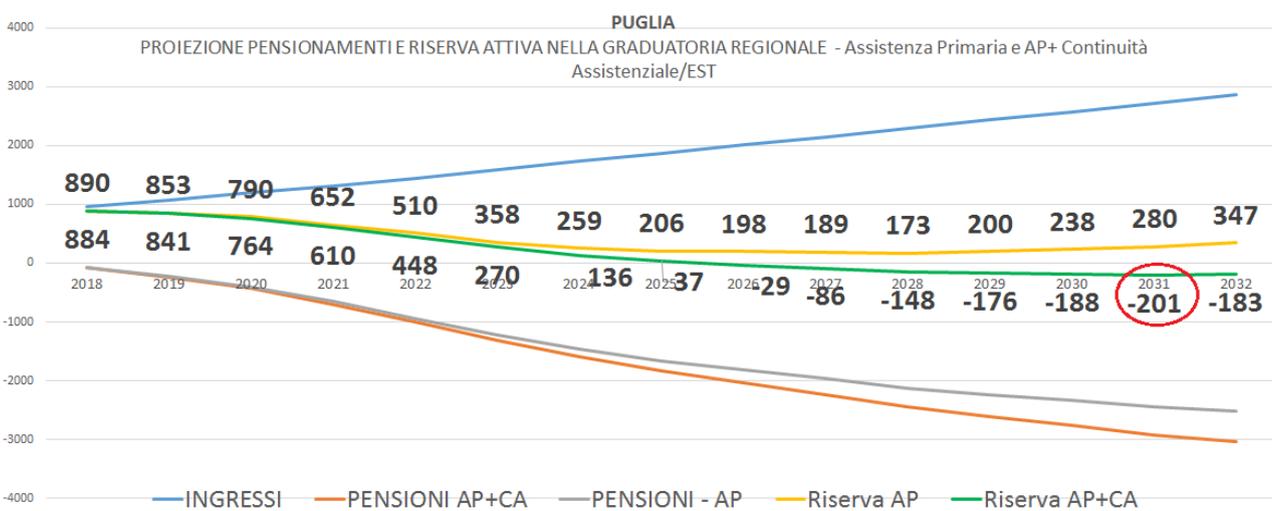
- 1) deficit contenuto di medici di assistenza primaria di 20 unità
- 2) deficit più sostenuto di medici di CA/EST per cui sarà necessario un adeguamento del rapporto ottimale a 1300.
- 3) Borse di formazione in proiezione 154 all'anno.



PENSIONAMENTI PUGLIA				
ANNI	REGIONE	CA + EST	AP	TOTALE
70	2018	6	74	80
69	2019	6	151	157
68	2020	14	177	191
67	2021	16	252	268
66	2022	20	283	303
65	2023	26	293	319
64	2024	35	240	275
63	2025	46	194	240
62	2026	58	149	207
61	2027	48	150	198
60	2028	46	157	203
59	2029	55	114	169
58	2030	50	103	153
57	2031	55	99	154
56	2032	49	74	123
		530	2510	3040

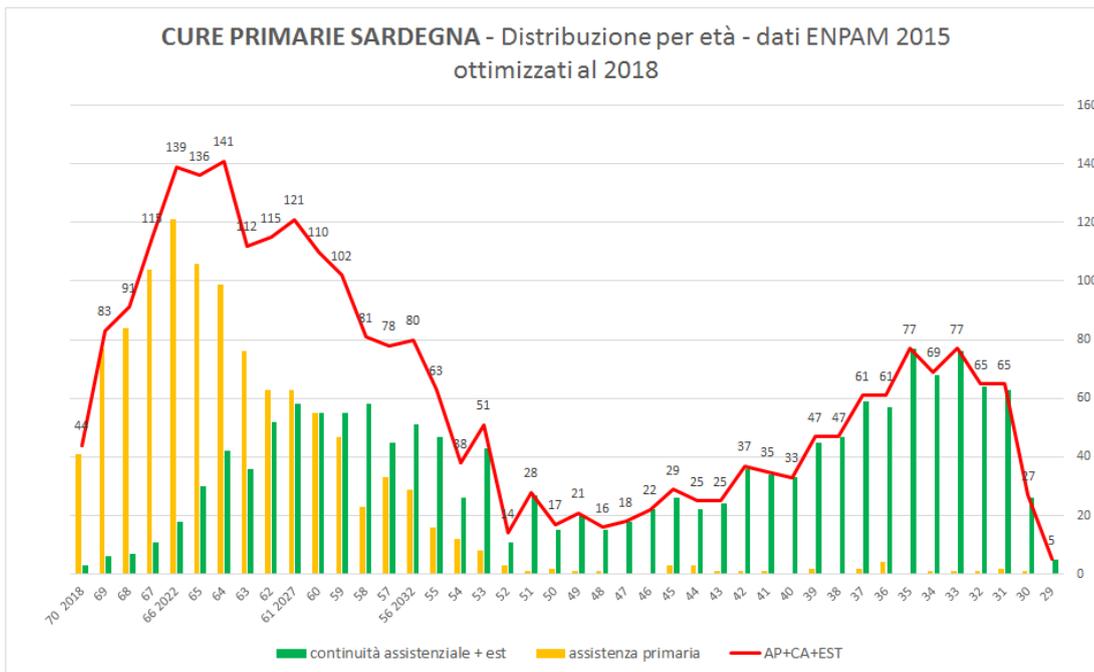
R. OTT.	1300	1000
ATTIVI Reg	-570	241
BORSE	141	
media Borse	114	

ANNO	PROGRESSIVO			PROIEZIONE	
	INGRESSI	PENSIONI AP+CA	PENSIONI - AP	Riserva AP	Riserva AP+CA
2018	964	-80	-74	890	884
2019	1078	-237	-225	853	841
2020	1192	-428	-402	790	764
2021	1306	-696	-654	652	610
2022	1447	-999	-937	510	448
2023	1588	-1318	-1230	358	270
2024	1729	-1593	-1470	259	136
2025	1870	-1833	-1664	206	37
2026	2011	-2040	-1813	198	-29
2027	2152	-2238	-1963	189	-86
2028	2293	-2441	-2120	173	-148
2029	2434	-2610	-2234	200	-176
2030	2575	-2763	-2337	238	-188
2031	2716	-2917	-2436	280	-201
2032	2857	-3040	-2510	347	-183



**Analisi di scenario al 2032 - Regione Puglia:**

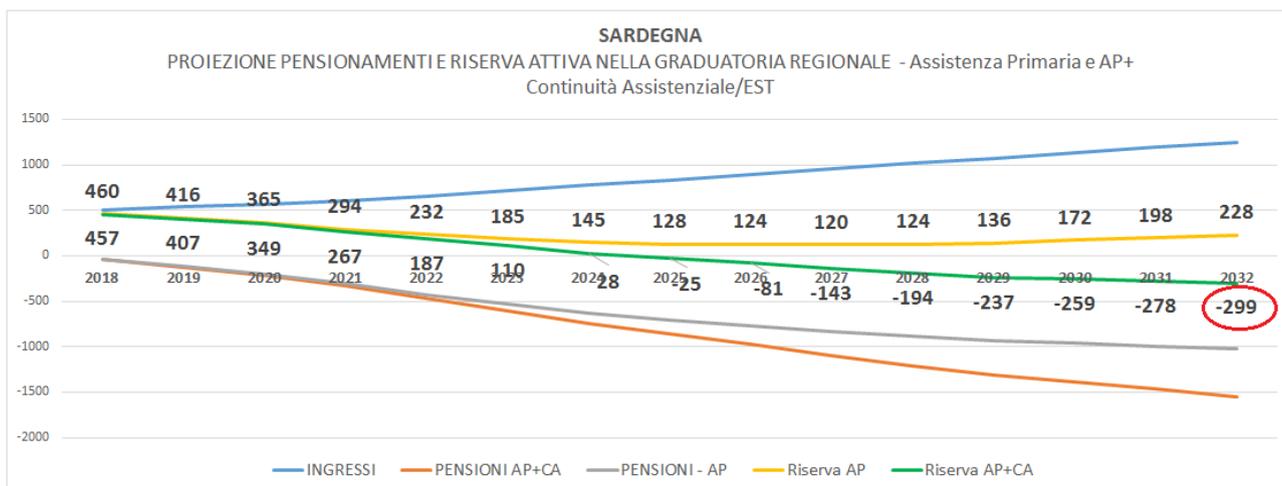
- 1) no deficit di medici di assistenza primaria
- 2) deficit fino a 200 unità di medici di CA/EST ampiamente coprile adeguando il rapporto ottimale.
- 3) Borse di formazione 141 all'anno.



PENSIONAMENTI SARDEGNA				
ANNI	REGIONE	CA + EST	AP	TOTALE
70	2018	3	41	44
69	2019	6	77	83
68	2020	7	84	91
67	2021	11	104	115
66	2022	18	121	139
65	2023	30	106	136
64	2024	42	99	141
63	2025	36	76	112
62	2026	52	63	115
61	2027	58	63	121
60	2028	55	55	110
59	2029	55	47	102
58	2030	58	23	81
57	2031	45	33	78
56	2032	51	29	80
		527	1021	1548

	1300	1000
R. OTT.	-95	242
ATTIVI Reg	468	
BORSE	59	
media Borse	33	

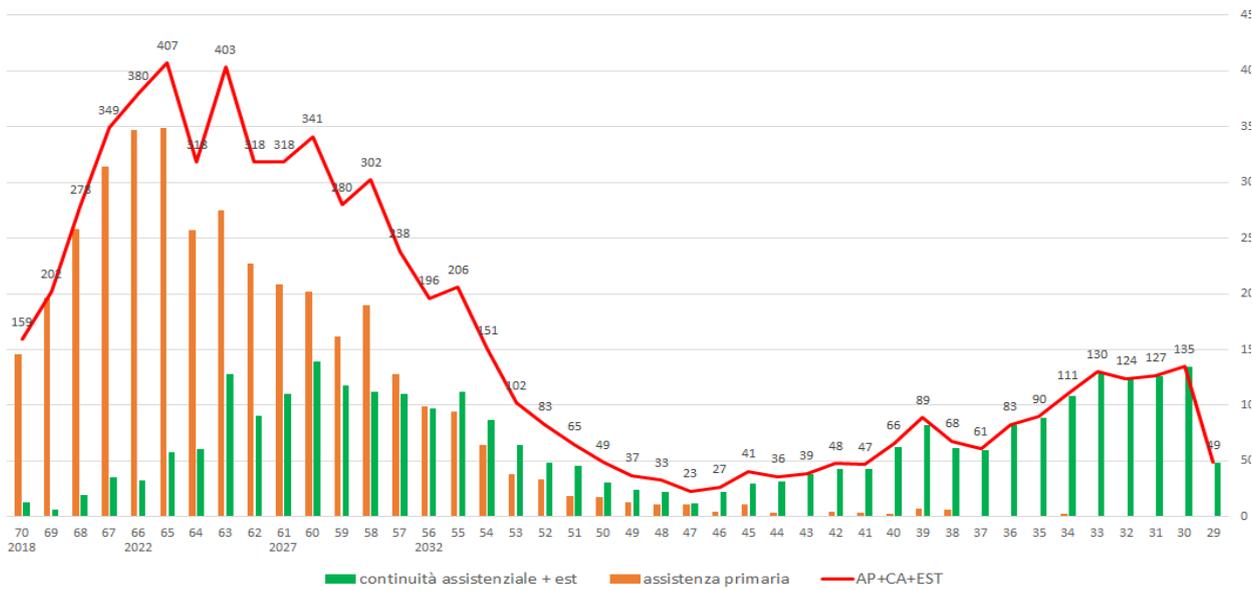
ANNO	PROGRESSIVO			PROIEZIONE	
	INGRESSI	PENSIONI AP+CA	PENSIONI - AP	Riserva AP	Riserva AP+CA
2018	501	-44	-41	460	457
2019	534	-127	-118	416	407
2020	567	-218	-202	365	349
2021	600	-333	-306	294	267
2022	659	-472	-427	232	187
2023	718	-608	-533	185	110
2024	777	-749	-632	145	28
2025	836	-861	-708	128	-25
2026	895	-976	-771	124	-81
2027	954	-1097	-834	120	-143
2028	1013	-1207	-889	124	-194
2029	1072	-1309	-936	136	-237
2030	1131	-1390	-959	172	-259
2031	1190	-1468	-992	198	-278
2032	1249	-1548	-1021	228	-299



**Analisi di scenario al 2032 - Regione Sardegna:**

- 1) no deficit di medici di assistenza primaria
- 2) deficit fino a 300 unità al 2032 di medici di CA / EST non adeguatamente correggibile con rapporto ottimale a 1300
- 3) Borse di formazione 59 all'anno.

### CURE PRIMARIE SICILIA - Distribuzione per età - dati ENPAM 2015 ottimizzati al 2018



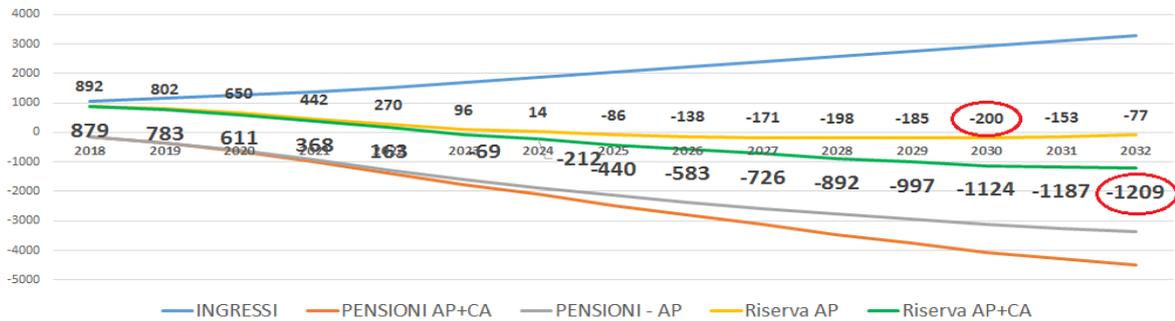
PENSIONAMENTI SICILIA				
ANNI	REGIONE	CA + EST	AP	TOTALE
70	2018	13	146	159
69	2019	6	196	202
68	2020	20	258	278
67	2021	35	314	349
66	2022	33	347	380
65	2023	58	349	407
64	2024	61	257	318
63	2025	128	275	403
62	2026	91	227	318
61	2027	110	208	318
60	2028	139	202	341
59	2029	118	162	280
58	2030	112	190	302
57	2031	110	128	238
56	2032	98	99	197
		1132	3358	4490

ANNO	PROGRESSIVO			PROIEZIONE	
	INGRESSI	PENSIONI AP+CA	PENSIONI - AP	Riserva AP	Riserva AP+CA
2018	1038	-159	-146	892	879
2019	1144	-361	-342	802	783
2020	1250	-639	-600	650	611
2021	1356	-988	-914	442	368
2022	1531	-1368	-1261	270	163
2023	1706	-1775	-1610	96	-69
2024	1881	-2093	-1867	14	-212
2025	2056	-2496	-2142	-86	-440
2026	2231	-2814	-2369	-138	-583
2027	2406	-3132	-2577	-171	-726
2028	2581	-3473	-2779	-198	-892
2029	2756	-3753	-2941	-185	-997
2030	2931	-4055	-3131	-200	-1124
2031	3106	-4293	-3259	-153	-1187
2032	3281	-4490	-3358	-77	-1209

	1300	1000	
R. OTT.	-761	242	
ATTIVI Reg	1313	71%	932
BORSE	175		
media Borse	106		

Questo dato viene fuori dalla media del 71% applicata agli attivi "totali" in assenza del dato "residenza", come si è proceduto per Lombardia e Trento

### SICILIA PROIEZIONE PENSIONAMENTI E RISERVA ATTIVA NELLA GRADUATORIA REGIONALE - Assistenza Primaria e AP+ Continuità Assistenziale/EST



#### Analisi di scenario al 2032 - Regione Sicilia:

- 1) deficit di circa 200 unità di medici di assistenza primaria ampiamente copribile da un adeguamento del rapporto ottimale a 1300.
- 2) l'adeguamento del rapporto ottimale a 1300 - con la contrazione del numero di medici di assistenza primaria permetterebbe di alleggerire il peso della carenza in CA / EST che comunque rimarrebbe sostenuta sui valori di 400/500 unità.
- 3) Borse di formazione in proiezione di 175 all'anno.

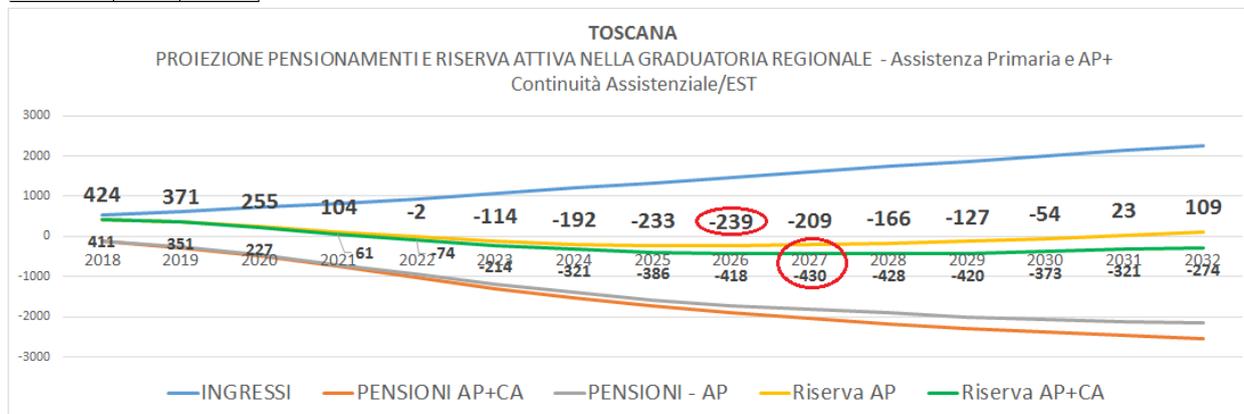
CURE PRIMARIE TOSCANA - Distribuzione per età - dati ENPAM 2015 ottimizzati al 2018



PENSIONAMENTI TOSCANA				
ANNI	REGIONE	CA + EST	AP	TOTALE
70	2018	13	112	125
69	2019	7	144	151
68	2020	8	207	215
67	2021	15	242	257
66	2022	29	238	267
65	2023	28	244	272
64	2024	29	210	239
63	2025	24	173	197
62	2026	26	138	164
61	2027	42	102	144
60	2028	41	89	130
59	2029	31	93	124
58	2030	26	59	85
57	2031	25	55	80
56	2032	39	46	85
		383	2152	2535

ANNO	PROGRESSIVO			PROIEZIONE	
	INGRESSI	PENSIONI AP+CA	PENSIONI - AP	Riserva AP	Riserva AP+CA
2018	536	-125	-112	424	411
2019	627	-276	-256	371	351
2020	718	-491	-463	255	227
2021	809	-748	-705	104	61
2022	941	-1015	-943	-2	-74
2023	1073	-1287	-1187	-114	-214
2024	1205	-1526	-1397	-192	-321
2025	1337	-1723	-1570	-233	-386
2026	1469	-1887	-1708	-239	-418
2027	1601	-2031	-1810	-209	-430
2028	1733	-2161	-1899	-166	-428
2029	1865	-2285	-1992	-127	-420
2030	1997	-2370	-2051	-54	-373
2031	2129	-2450	-2106	23	-321
2032	2261	-2535	-2152	109	-274

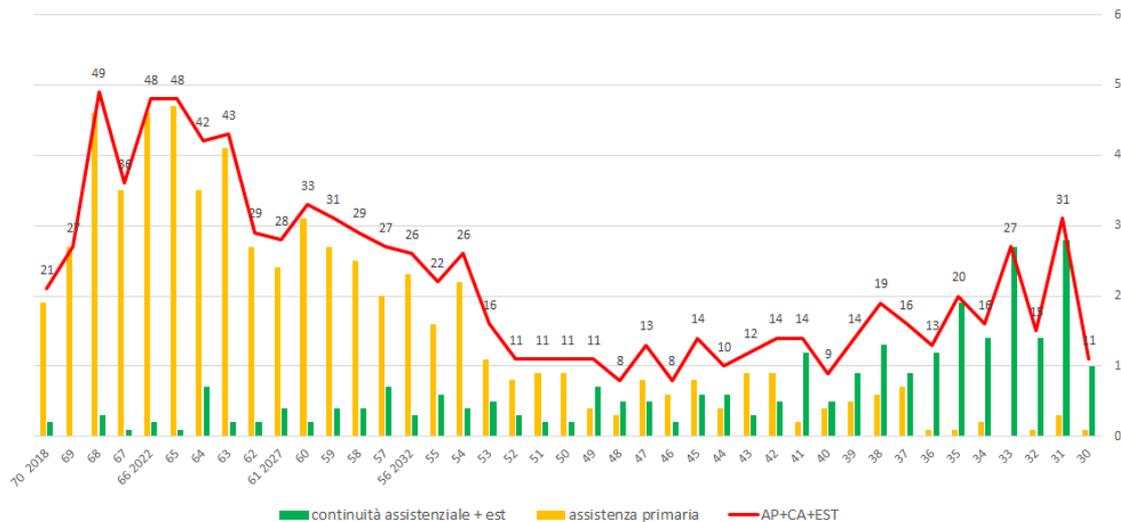
	1300	1000
R. OTT.	-176	578
ATTIVI Reg	445	
BORSE	132	
media Borse	91	



**Analisi di scenario al 2032 - Regione Toscana:**

- 1) deficit di circa 240 medici di assistenza primaria parzialmente recuperabile con rapporto ottimale a 1300.
- 2) deficit più sostenuto di medici di CA/EST
- 3) Borse di formazione in proiezione 132 all'anno.

### CURE PRIMARIE TRENTO - Distribuzione per età - dati ENPAM 2015 ottimizzati al 2018



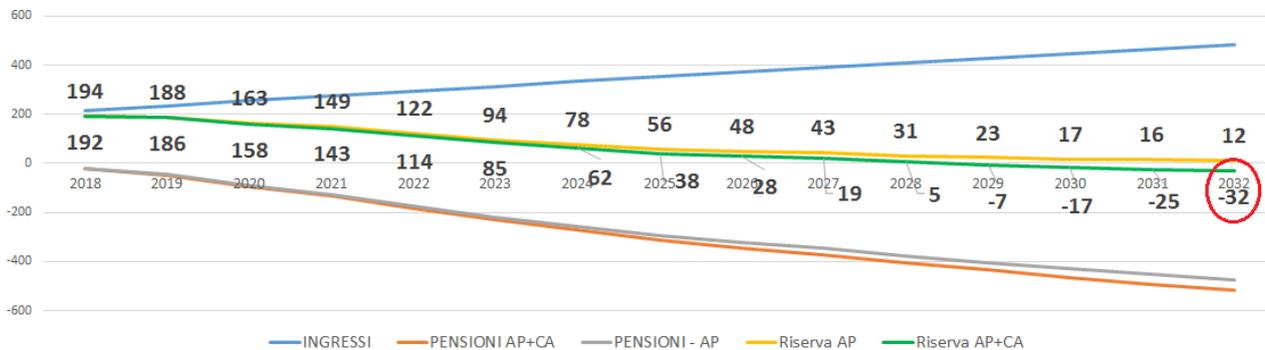
PENSIONAMENTI TRENTO				
ANNI	REGIONE	CA + EST	AP	TOTALE
70	2018	2	19	21
69	2019	0	27	27
68	2020	3	46	49
67	2021	1	35	36
66	2022	2	46	48
65	2023	1	47	48
64	2024	7	35	42
63	2025	2	41	43
62	2026	2	27	29
61	2027	4	24	28
60	2028	2	31	33
59	2029	4	27	31
58	2030	4	25	29
57	2031	7	20	27
56	2032	3	23	26
		44	473	517

ANNO	PROGRESSIVO			PROIEZIONE	
	INGRESSI	PENSIONI AP+CA	PENSIONI - AP	Riserva AP	Riserva AP+CA
2018	213	-21	-19	194	192
2019	234	-48	-46	188	186
2020	255	-97	-92	163	158
2021	276	-133	-127	149	143
2022	295	-181	-173	122	114
2023	314	-229	-220	94	85
2024	333	-271	-255	78	62
2025	352	-314	-296	56	38
2026	371	-343	-323	48	28
2027	390	-371	-347	43	19
2028	409	-404	-378	31	5
2029	428	-435	-405	23	-7
2030	447	-464	-430	17	-17
2031	466	-491	-450	16	-25
2032	485	-517	-473	12	-32

	1300	1000	
R. OTT.	-6	101	
ATTIVI Reg	270	71%	192
BORSE	19		
media Borse	21		

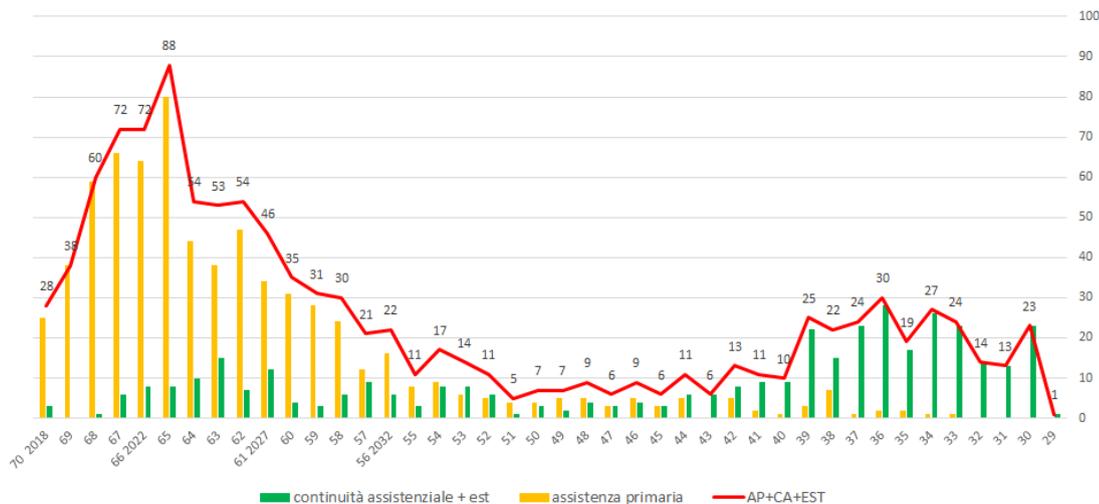
Valore dato dall'applicazione del 71% sugli attivi totali, mancando il dato residenza nelle graduatorie regionali, come fatto per Lombardia e Sicilia.

### TRENTO PROIEZIONE PENSIONAMENTI E RISERVA ATTIVA NELLA GRADUATORIA REGIONALE - Assistenza Primaria e AP+ Continuità Assistenziale/EST



- Analisi di scenario al 2032 - Regione Trento:**
- 1) no deficit di assistenza primaria
  - 2) lieve deficit di CA/EST non correggibile da adeguamento rapporto ottimale
  - 3) Borse di formazione in proiezione di 19 all'anno con riduzione dalla media di 21

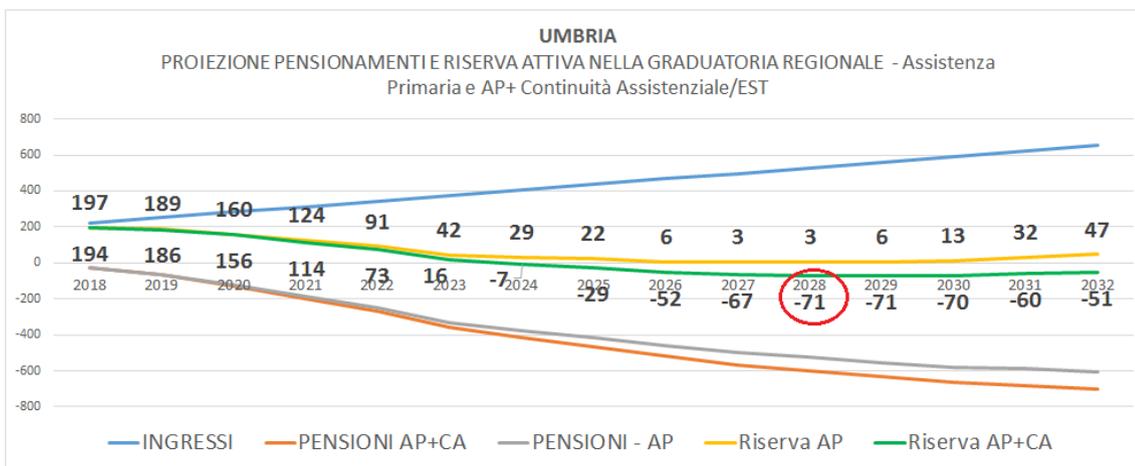
**CURE PRIMARIE UMBRIA - Distribuzione per età - dati ENPAM 2015 ottimizzati al 2018**



PENSIONAMENTI UMBRIA				
ANNI	REGIONE	CA + EST	AP	TOTALE
70	2018	3	25	28
69	2019	0	38	38
68	2020	1	59	60
67	2021	6	66	72
66	2022	8	64	72
65	2023	8	80	88
64	2024	10	44	54
63	2025	15	38	53
62	2026	7	47	54
61	2027	12	34	46
60	2028	4	31	35
59	2029	3	28	31
58	2030	6	24	30
57	2031	9	12	21
56	2032	6	16	22
		98	606	704

	1300	1000
R. OTT.	-125	775
ATTIVI Reg	192	
BORSE	31	
media Borse	30	

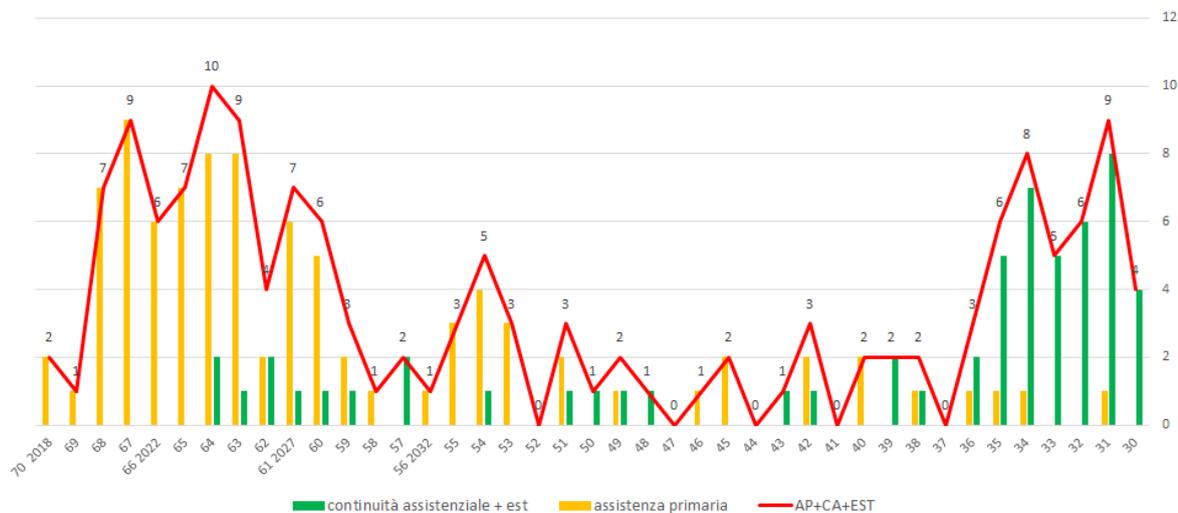
ANNO	PROGRESSIVO			PROIEZIONE	
	INGRESSI	PENSIONI AP+CA	PENSIONI - AP	Riserva AP	Riserva AP+CA
2018	222	-28	-25	197	194
2019	252	-66	-63	189	186
2020	282	-126	-122	160	156
2021	312	-198	-188	124	114
2022	343	-270	-252	91	73
2023	374	-358	-332	42	16
2024	405	-412	-376	29	-7
2025	436	-465	-414	22	-29
2026	467	-519	-461	6	-52
2027	498	-565	-495	3	-67
2028	529	-600	-526	3	-71
2029	560	-631	-554	6	-71
2030	591	-661	-578	13	-70
2031	622	-682	-590	32	-60
2032	653	-704	-606	47	-51



**Analisi di scenario al 2032 - Regione Umbria:**

- 1) no deficit di medici in assistenza primaria
- 2) lieve carenza di medici di continuità assistenziale ed emergenza correggibile con adeguamento del rapporto ottimale entro 1300
- 3) Borse di formazione in proiezione di 31 all'anno (simile alla media finora contingentata)

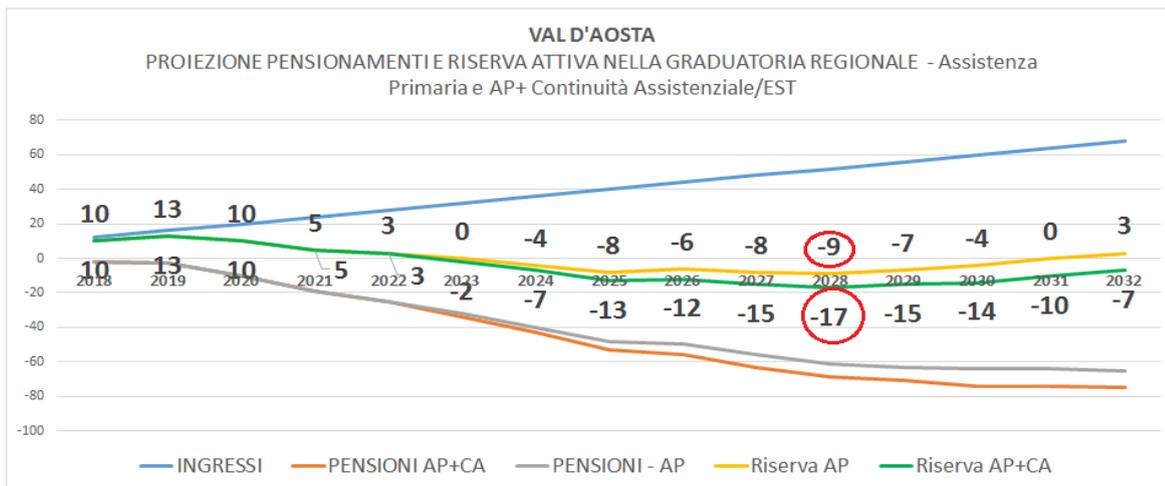
### CURE PRIMARIE VAL D'AOSTA - Distribuzione per età - dati ENPAM 2015 ottimizzati al 2018



PENSIONAMENTI VAL D'AOSTA				
ANNI	REGIONE	CA + EST	AP	TOTALE
70	2018	0	2	2
69	2019	0	1	1
68	2020	0	7	7
67	2021	0	9	9
66	2022	0	6	6
65	2023	2	7	9
64	2024	1	8	9
63	2025	2	8	10
62	2026	1	2	3
61	2027	1	6	7
60	2028	1	5	6
59	2029	0	2	2
58	2030	2	1	3
57	2031	0	0	0
56	2032	0	1	1
		10	65	75

	1300	1000
R. OTT.	-2	110
ATTIVI Reg	8	
BORSE	4	
media Borse	4	

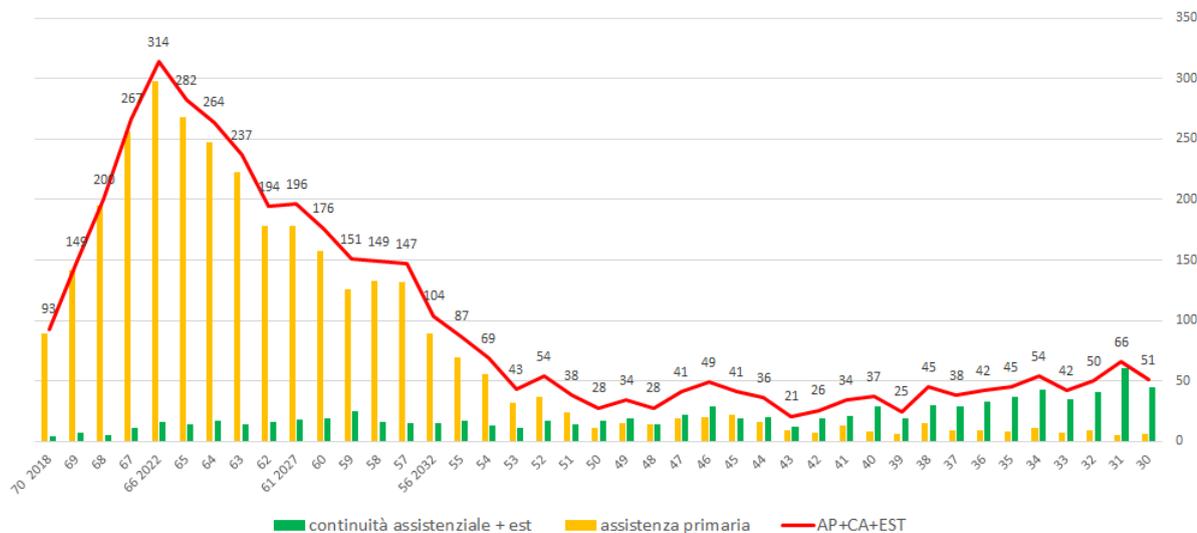
ANNO	PROGRESSIVO			PROIEZIONE	
	INGRESSI	PENSIONI AP+CA	PENSIONI - AP	Riserva AP	Riserva AP+CA
2018	12	-2	-2	10	10
2019	16	-3	-3	13	13
2020	20	-10	-10	10	10
2021	24	-19	-19	5	5
2022	28	-25	-25	3	3
2023	32	-34	-32	0	-2
2024	36	-43	-40	-4	-7
2025	40	-53	-48	-8	-13
2026	44	-56	-50	-6	-12
2027	48	-63	-56	-8	-15
2028	52	-69	-61	-9	-17
2029	56	-71	-63	-7	-15
2030	60	-74	-64	-4	-14
2031	64	-74	-64	0	-10
2032	68	-75	-65	3	-7



**Analisi di scenario al 2032 - Regione Val d'Aosta:**

- lieve deficit di medici di assistenza primaria
- lieve deficit di medici di CA/EST non correggibile con rapporto ottimale a 1300
- Borse di formazione in proiezione di 4 all'anno.
- Si evidenzia come un aumento di 2 borse in più coprirebbe le carenze regionali in tutti i settori.

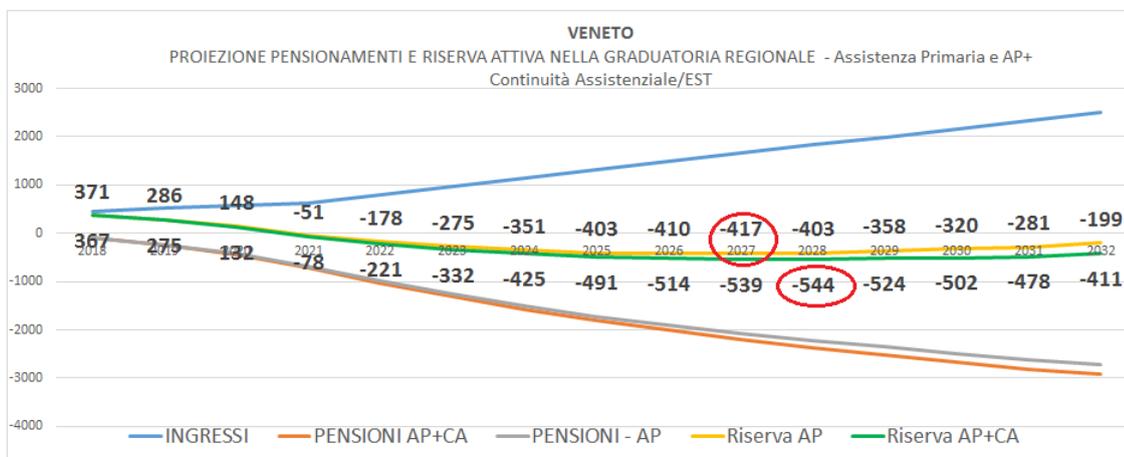
### CURE PRIMARIE VENETO- Distribuzione per età - dati ENPAM 2015 ottimizzati al 2018



PENSIONAMENTI VENETO				
ANNI	REGIONE	CA + EST	AP	TOTALE
70	2018	4	89	93
69	2019	7	142	149
68	2020	5	195	200
67	2021	11	256	267
66	2022	16	298	314
65	2023	14	268	282
64	2024	17	247	264
63	2025	14	223	237
62	2026	16	178	194
61	2027	18	178	196
60	2028	19	157	176
59	2029	25	126	151
58	2030	16	133	149
57	2031	15	132	147
56	2032	15	89	104
		212	2711	2923

	1300	1000
R. OTT.	62	1039
ATTIVI Reg	403	
BORSE	171	
media Borse	57	

ANNO	PROGRESSIVO			PROIEZIONE	
	INGRESSI	PENSIONI AP+CA	PENSIONI - AP	Riserva AP	Riserva AP+CA
2018	460	-93	-89	371	367
2019	517	-242	-231	286	275
2020	574	-442	-426	148	132
2021	631	-709	-682	-51	-78
2022	802	-1023	-980	-178	-221
2023	973	-1305	-1248	-275	-332
2024	1144	-1569	-1495	-351	-425
2025	1315	-1806	-1718	-403	-491
2026	1486	-2000	-1896	-410	-514
2027	1657	-2196	-2074	-417	-539
2028	1828	-2372	-2231	-403	-544
2029	1999	-2523	-2357	-358	-524
2030	2170	-2672	-2490	-320	-502
2031	2341	-2819	-2622	-281	-478
2032	2512	-2923	-2711	-199	-411



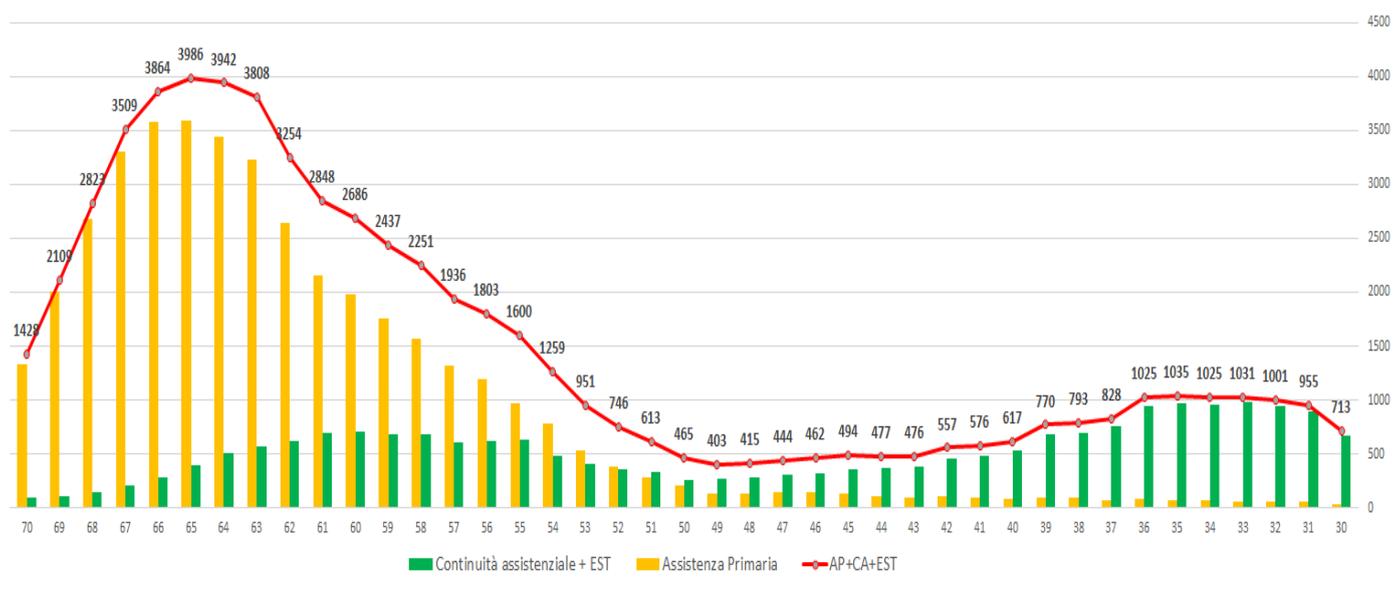
**Analisi di scenario al 2032 - Regione Veneto:**

- 1) grave carenza di medici di assistenza primaria che non è possibile coprire ottimizzando il rapporto ottimale, da valutare la forbice fra rapporto ottimale e massimale di scelta.
- 2) grave carenza di medici di CA/EST
- 3) Borse di formazione all'anno di 171 in proiezione dal 2018 al 2032

## GOBBA PENSIONISTICA IN ITALIA

Rappresentazione grafica e di dati della gobba pensionistica in Italia. Il progressivo dei pensionamenti nei settori dell'assistenza primaria e della continuità assistenziale verrà preso come riferimento per costruire la proiezione sulla riserva in graduatoria.

CURE PRIMARIE - ITALIA - Distribuzione per età - dati ENPAM 2015 ottimizzati al 2018



PENSIONAMENTI ITALIA				
ANNI	REGIONE	CA + EST	AP	TOTALE
70	2018	93	1335	1428
69	2019	108	2001	2109
68	2020	146	2677	2823
67	2021	210	3299	3509
66	2022	284	3580	3864
65	2023	389	3597	3986
64	2024	505	3437	3942
63	2025	575	3233	3808
62	2026	614	2640	3254
61	2027	692	2156	2848
60	2028	710	1976	2686
59	2029	686	1751	2437
58	2030	686	1565	2251
57	2031	613	1323	1936
56	2032	614	1189	1803
		6925	35759	42684

ANNO	PROGRESSIVO			PROIEZIONE	
	PROGR. INGRESSI	PROGR. PENS. AP+CA/EST	PROGR. PENS. SOLO AssPrim	Riserva in graduatoria SOLO AP	Riserva AP+CA
2018	9842	-1428	-1335	8507	8414
2019	11011	-3537	-3336	7675	7474
2020	12180	-6360	-6013	6167	5820
2021	13349	-9869	-9312	4037	3480
2022	15442	-13733	-12892	2550	1709
2023	17535	-17719	-16489	1046	-184
2024	19628	-21661	-19926	-298	-2033
2025	21721	-25469	-23159	-1438	-3748
2026	23814	-28723	-25799	-1985	-4909
2027	25907	-31571	-27955	-2048	-5664
2028	28000	-34257	-29931	-1931	-6257
2029	30093	-36694	-31682	-1589	-6601
2030	32186	-38945	-33247	-1061	-6759
2031	34279	-40881	-34570	-291	-6602
2032	36372	-42684	-35759	613	-6312

### PROIEZIONE DEI PENSIONAMENTI E RISERVA ATTIVA NELLE GRADUATORIE REGIONALI CON FINANZIAMENTO BORSE (NUOVI INGRESSI) AD ISORISORSE RISPETTO AL TRIENNIO 2018/2021 (N.2093)

Costruzione della proiezione in Italia al 2032, nata dalla sintesi delle analisi dinamiche di tutte le regioni (anno di riferimento 2017 e 2018), ad isorisorse di borse di formazione dell'ultimo triennio 2018/2021 e contestuale rapporto ottimale 2017. Verrà fatta un'analisi regionale riepilogativa in seguito sulle carenze di picco.

ATTIVI Reg	12238	70%	8673
BORSE	2093		
media Borse	1169		

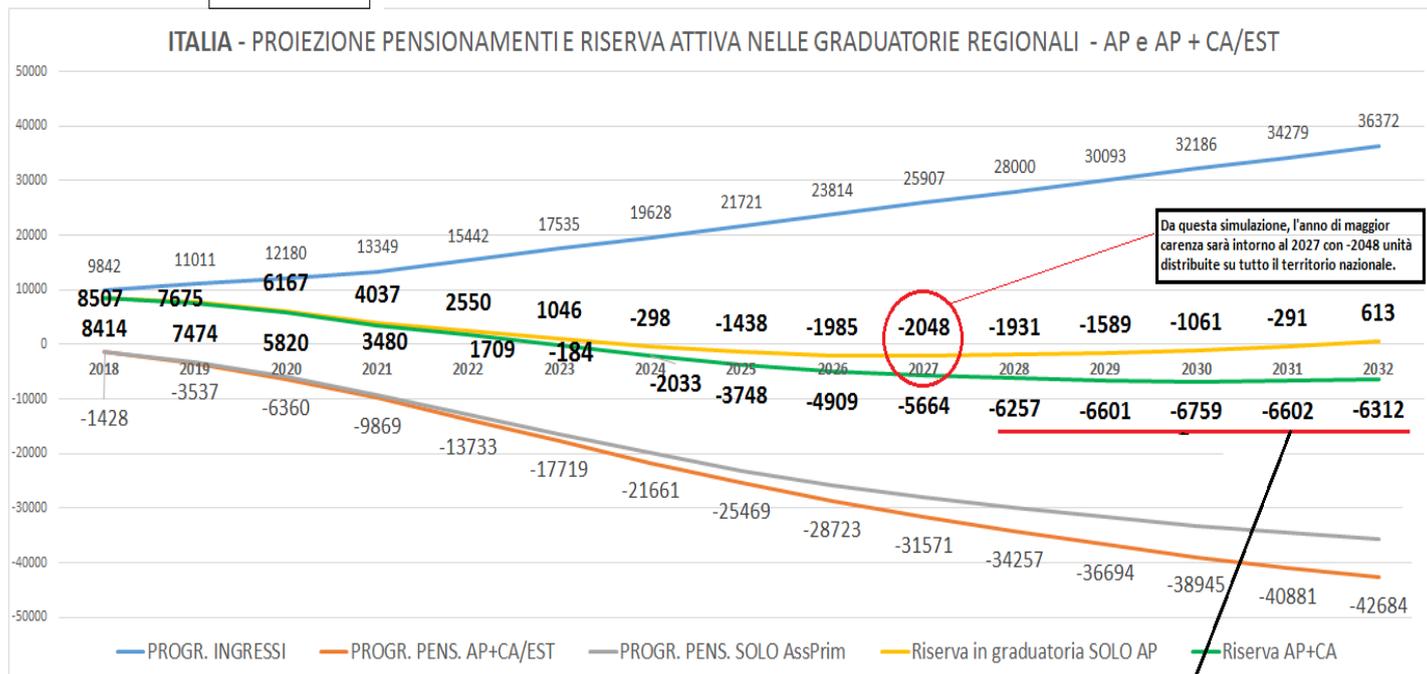
Media borse erogate dal 2013 al 2018. Viene aggiunto questo valore alla riserva attiva fino al 2021

Proiezione di "ingressi" a partire dall'anno 2022 pari al numero di borse messe a bando nell'ultimo triennio 2018/2021

Alla riserva attiva individuata dall'analisi dinamiche delle graduatorie viene aggiunta fino al 2021 la "media" borse erogate negli ultimi 6 anni. Dal 2022 in proiezione le 2093 borse messe a bando nel triennio di corso 2018/2021.

	IPOTESI Rapp Ottimale	
RAPPORTO OTTIMALE del 2017 pari 1194	1300	1000
	-3582	8512

A livello "macro" Italia, un rapporto ottimale più alto verso il limite massimo di 1300 garantirebbe - tramite la contrazione del numero di MMG di superare la gobba pensionistica al 2032 in quasi tutte le regioni italiane. Le regioni del nord, in primis Lombardia e Veneto avrebbero maggiori difficoltà non avendo più margine di manovra sul rapporto ottimale.



Nonostante una proiezione di nuovi ingressi raddoppiata dal 2021 al 2032 il settore della medicina generale che soffrirà di maggior carenza sarà la Continuità Assistenziale e l'Emergenza Sanitaria Territoriale. Anche una correzione del rapporto ottimale dell'assistenza primaria porterebbe comunque ad avere un deficit di forza lavoro in questi settori.

## CARENZE “DI PICCO” REGIONALI E NAZIONALE ED INQUADRAMENTO CON IL NUOVO RAPPORTO OTTIMALE OTTENUTO

REGIONI	2026/2027		R.O. 1300	MMG 2017	>14 anni	R.O nel 2017	PROIEZIONE	
	CARENZE "DI PICCO"						MMG FUTURI	NUOVO R.O.
ABRUZZO	-112	-328	-233	1121	1154911	1030	1009	1145
BASILICATA	#no deficit	-90	-109	494	500204	1013		
CALABRIA	#no deficit	-592	-260	1568	1699869	1084		
CAMPANIA	-161	-771	-510	4330	4965351	1147	4169	1191
E. ROMAGNA	-150	-290	-39	3004	3854609	1283	2854	1351
FVG	-125	-164	-45	867	1068938	1233	742	1441
LAZIO	-240	-594	-707	4626	5094700	1101	4386	1162
LIGURIA	-25	-105	-80	1147	1387678	1210	1122	1237
LOMBARDIA	-634	-755	225	6408	8622449	1346	5774	1493
MARCHE	-150	-245	-67	1097	1338766	1220	947	1414
MOLISE	#no deficit	#no deficit	-54	265	274498	1036		
PIEMONTE	-20	-177	-90	3041	3835829	1261	3021	1270
PUGLIA*	#no deficit	-201	-570	3272	3512638	1074		
SARDEGNA	#no deficit	-299	-95	1219	1461449	1199		
SICILIA	-200	-1209	-761	4102	4343916	1059	3902	1113
TOSCANA	-239	-430	-176	2691	3269204	1215	2452	1333
TRENTINO	#no deficit	-32	-6	359	459529	1280		
UMBRIA	#no deficit	-71	-125	721	775188	1075		
VAL D'AOSTA	-8	-15	-2	86	109677	1275	78	1406
VENETO	-417	-544	62	3197	4236329	1325	2780	1524
ITALIA	-2481	-6912	-3642	43615	51965732	1191	41134	1263

Fattore di correzione per l'assistenza primaria

Unica regione il cui rapporto ottimale negli anni di maggior carenza, supera il massimale di scelta di 1500.

E. Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Marche, Toscana, Val d'Aosta saranno le uniche regioni che superano il rapporto ottimale di 1300 ma entro i limiti del massimale di scelta.

Non esiste a livello nazionale un problema di medici di famiglia, laddove negli anni di massimo picco il rapporto ottimale si assesta comunque a valori inferiori di 1300.

E' necessario inquadrare il problema a livello regionale per rendersi conto che sono poi solamente 7 le regioni che avranno difficoltà nel mantenere tale rapporto entro i limiti massimi imposti dall'ACN ma comunque sempre entro i limiti del massimale di scelta di 1500.

Questo significa che nelle regioni in cui supereremo il rapporto ottimale avvicinandoci al massimale di scelta semplicemente avremo in media più medici massimalisti di altre regioni.

Raddoppiando il numero di borse come nella proiezione finora illustrata NON avremo alcuna emergenza per l'assistenza primaria.

Diversamente problemi maggiori li avremo nei settori della Continuità Assistenziale ed Emergenza Sanitaria Territoriale.

Questa tabella riepiloga con i dati tutto quello che succederà fino al 2032, ovvero mostra il momento di maggiore criticità di sistema intorno agli anni 2026-2028. Molte regioni sperimenteranno maggiori criticità intorno al 2026 con le rispettive “carenze di picco”. E’ interessante notare come si adatterà il rapporto ottimale (con la popolazione di potenziali assistiti pari al 2017).

13 regioni su 20 non avranno alcun problema di medici di famiglia in quanto il loro rapporto ottimale o non cambierà per nulla (Basilicata, Calabria, Molise, Puglia, Sardegna, Sicilia, Trento, Umbria) o comunque al di sotto di 1300.

Le rimanenti 7 invece sfoceranno il rapporto ottimale di 1300 ma di queste 6 rimarranno all'interno del massimale di scelta e solamente il Veneto supererà 1500.

Superare il rapporto ottimale avvicinandosi al massimale di scelta significa piena e grave carenza di medici di famiglia?

No, in quanto semplicemente i pochi medici saranno tutti a piena capacità ricettiva con una media pazienti pro – medico che si avvicina al massimale di scelta.

Avremo ripercussioni sulla qualità dell'assistenza ai pazienti?

No, se prendiamo come riferimento ideale l'attuale setting di cure primarie, viceversa staremo dicendo che i massimalisti non prestano adeguata assistenza ai loro pazienti.

Il problema principale invece l'avremo nella continuità assistenziale e nel settore dell'emergenza sanitaria territoriale.

Quei -6500 medici (che tengono conto anche dei -2.200 di AP) sono la vera emergenza da tenere in considerazione negli anni a venire.

Parliamo quindi circa 3 mila o 4 medici UNICAMENTE per i settori della continuità assistenziale ed emergenza sanitaria territoriale.

Numerose potrebbero essere le soluzioni da proporre che però esulano dalla seguente trattazione che si spera possa essere la base dati su cui ragionare a livello regionale e nazionale per inquadrare correttamente il problema della carenza dei medici nel territorio.

## **CONCLUSIONI**

Valutando il problema della carenza dei medici di medicina generale sotto una lente multidimensionale ma soprattutto “di sistema”, lo studio mostra come una vera e propria “emergenza” di medici di famiglia non esista, con una proiezione di borse di formazione pari al contingente messe a bando nell'ultimo concorso.

Le uniche regioni che supereranno infatti il rapporto ottimale di 1300 saranno sette ovvero: Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Marche, Toscana, Val d'Aosta e Veneto.

Di queste poi solamente il Veneto e per poco anche la Lombardia si avvicineranno a 1500 che è il massimale di scelta.

Significa che tutti i medici in Veneto, nell'anno di maggior picco di carenza, saranno semplicemente massimalisti.

Se poi consideriamo che alcune regioni, come la Lombardia, hanno portato il loro massimale di scelta a 1800, laddove i medici sono riuniti in un'associazione di gruppo, ecco che le soluzioni semplici al superamento di questa "crisi" sono tutte a portata di mano.

Condizioni e presupposti al verificarsi di questa situazione, si ribadisce, è che verranno finanziate esattamente lo stesso numero di borse di studio del concorso 2018/2021 ovvero (almeno) 2093 all'anno, possibilmente distribuite come suggerito, ovvero in base alla popolazione assistibile.

Diverso invece è il discorso per la continuità assistenziale e l'emergenza sanitaria territoriale che vedranno, nonostante una ridimensione del rapporto ottimale dei medici di famiglia, una carenza cronica di medici in questi settori per ulteriori 4 - 5 mila unità.

Alla luce di questi dati emerge a mio parere la necessità di una riflessione che tenga presenti i dati sia a livello regionale che nazionale.

Emerge inoltre la necessità di rivedere le "cure primarie" come attualmente concepite anche sulla scorta di esperienze diverse dalla nostra, provando a proporre modelli diversi di sistema anche riorganizzando i servizi, al fine di individuare un modello che sia più efficace, equo e sostenibile possibile.

Obiettivo primario della seguente trattazione è stato inquadrare la problematica sotto più luci possibili in un'ottica principalmente di "sistema", per fornire dati e strumenti su cui riflettere per trovare soluzioni alle sfide che affronteremo nei prossimi anni.

Il progressivo invecchiamento della popolazione, con esigenze di salute sempre più complesse e sempre più al domicilio, implicano una riflessione costruttiva su come impiegare la forza lavoro e come ripartirne il carico assistenziale lungo le ore della giornata.

In conclusione, studiando il problema sempre più a fondo, mi sono reso conto di quanto sia così complesso, variabile e variabilmente gestibile che limitarsi a considerare un medico in pensionamento, non sostituito da un nuovo medico, come 1000 abitanti senza assistenza sanitaria sia una generalizzazione quantomeno riduttiva.

Ragionare invece su quale modello sia più efficace e conseguentemente di quanti e quali operatori abbiamo bisogno per farlo funzionare, e di quanti effettivamente ne disporremo, potrebbe essere un primissimo passo verso quella parola di cui tutti abbiamo sentito parlare, ma che non è mai stata realmente messa in pratica: programmazione.

## BIBLIOGRAFIA

ANALISI DINAMICA FIMMG EMILIA:

<http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato9614362.pdf>

ANALISI DINAMICA FIMMG MARCHE

[http://www.quotidianosanita.it/marche/articolo.php?articolo\\_id=60242](http://www.quotidianosanita.it/marche/articolo.php?articolo_id=60242)

PROGRAMMAZIONE RISORSE UMANE IL 4%:

<http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1752135.pdf>

BILANCIO CONSUNTIVO ENPAM 2016:

<https://www.enpam.it/la-fondazione/bilancio/bilancio-consuntivo-2016>

## FONTE DATI

- ENPAM
- SISAC [www.sisac.info](http://www.sisac.info)
- ISTAT <https://www.tuttitalia.it/statistiche/indici-demografici-struttura-popolazione/>
- GRADUATORIE REGIONALI 2017 e 2018 di tutte le regioni di Italia esclusa la Puglia
- GRADUATORIA REGIONALI 2018 e 2019 PUGLIA
- BANDI PER IL CONCORSO DI MEDICINA GENERALE DAL 2013 al 2018

## RIFERIMENTI NORMATIVI

ART 33 ACN 2005 – Rapporto ottimale – Capo II Assistenza Primaria

[http://www.sisac.info/aree/www.sisac.info/resources/MEDICINA\\_GENERALE/ACN\\_testo\\_integrato.pdf](http://www.sisac.info/aree/www.sisac.info/resources/MEDICINA_GENERALE/ACN_testo_integrato.pdf)

ART 64 ACN 2005 – Rapporto ottimale – Capo III Continuità Assistenziale

[http://www.sisac.info/aree/www.sisac.info/resources/MEDICINA\\_GENERALE/ACN\\_testo\\_integrato.pdf](http://www.sisac.info/aree/www.sisac.info/resources/MEDICINA_GENERALE/ACN_testo_integrato.pdf)

ART 16 ACN 2009 – Rapporto Ottimale

[http://www.sisac.info/aree/www.sisac.info/resources/MEDICINA\\_GENERALE/ACN%2029%20luglio%202009/ACN\\_29\\_luglio\\_2009.pdf](http://www.sisac.info/aree/www.sisac.info/resources/MEDICINA_GENERALE/ACN%2029%20luglio%202009/ACN_29_luglio_2009.pdf)

ART 39 ACN 2005 – Massimale di scelte e sue limitazioni

[http://www.sisac.info/aree/www.sisac.info/resources/MEDICINA\\_GENERALE/ACN\\_testo\\_integrato.pdf](http://www.sisac.info/aree/www.sisac.info/resources/MEDICINA_GENERALE/ACN_testo_integrato.pdf)

AIR Lombardia 2018 – Revisione del massimale di scelte

<http://www.fimmglombardia.org/sites/default/files/Accordo-int-med-gen-2018.pdf>