



La Commissione Pediatrica Nazionale dell'Anaao Assomed lancia l'allarme: forte preoccupazione per l'evoluzione del settore i cui indicatori di salute rischiano di peggiorare



Roma, 17 settembre 2018

Il documento della Commissione Pediatria Anaao Assomed

Tra tutte le discipline specialistiche quella pediatrica costituisce un unicum sia sotto il punto di vista del percorso formativo che degli sbocchi professionali. La stessa scuola di specializzazione forma professionisti che possono orientarsi verso la carriera ospedaliera o verso quella della medicina convenzionata territoriale.

Questa specificità, che non ha riscontri in altri Paesi, ha rappresentato un'opportunità di crescita per la sanità italiana e per la sua organizzazione. Con la firma dell'ACN nel 1979 viene stipulata la prima convenzione nazionale della pediatria extra-ospedaliera. La salute del bambino di età compresa tra la nascita e i 12 anni, sino ad allora di competenza esclusivamente del medico di famiglia, viene affidata al pediatra.

Il grande numero di medici disponibile negli anni '80 (fenomeno conosciuto come “pletora medica”) ha dato la possibilità, ad un sistema in crescita, di offrire uno sbocco occupazionale a molti giovani medici e una opportunità di crescita qualitativa al SSN.

La pediatria da specialistica di secondo livello cui accedere dopo il filtro del medico di base passò, dunque, a coprire anche funzioni proprie delle cure primarie.

In poco più di 30 anni lo scenario è radicalmente mutato.

Il numero chiuso a medicina ha in parte contrastato la “pletora” che, paradossalmente, continua a manifestarsi ancora oggi sotto la forma di quell'imbutto formativo, analizzato negli studi Anaao, che impedisce a molti giovani dottori di specializzarsi e accedere ad un percorso di lavoro. Il precariato e

l'emigrazione verso paesi con economie più solide è la naturale conseguenza di questa condizione che induce un circuito negativo di progressiva e infelice decrescita del diritto alla salute in Italia.

Questo contesto è noto anche ai non addetti ai lavori, meno nota la situazione che si sta sviluppando nell'area pediatrica.

La carenza di risorse professionali, che non sembrano avere importanti spazi di implementazione nel breve periodo, dovrebbe consigliare il Governo e il Ministro a rivedere la programmazione nel settore prima che l'ondata di pensionamenti raggiunga la sua massima espressione e si abbatta sul sistema danneggiandolo e degradandolo in modo irreversibile.

Il saldo negativo degli oltre 2.000 pediatri che mancheranno all'appello nei prossimi 5 anni corrisponde alla chiusura di circa 200 punti nascita, circa 10 per regione, di fatto tutti o quasi, lasciando in piedi pochissimi centri per regione. Già oggi molti reparti, anche di livello metropolitano, incontrano difficoltà nell'arruolare specialisti con un gradiente che cresce da sud verso nord. Regioni come il Veneto oramai hanno la pressoché totalità delle Unità Operative Complesse di Pediatria e Neonatologia con organici che non permettono in alcun modo di garantire la qualità e la sicurezza delle cure come previsto dagli standard dell'accordo Stato Regioni del 2010.

I dati Eurostat 2016 evidenziano per i pediatri italiani un tasso di 28,34 per 100.000 abitanti. Il dato è del tutto simile a quello medio europeo, la differenza sta nel fatto che solo in Italia siano previsti i pediatri di libera scelta, fatto che riduce notevolmente il numero di specialisti che si dedichino all'attività ospedaliera. I pediatri ospedalieri sono, quindi, in numero molto inferiore alla media europea e risultano essere tra le discipline più colpite dalle carenze di medici specialisti. A tal punto che le strutture ospedaliere sono a rischio di chiusura e di interruzione dell'attività assistenziale con la prossima, massiccia, ondata di pensionamenti.

In questo scenario, i neo-specialisti sono attratti inevitabilmente dalla convenzione che garantisce:

- retribuzioni oggettivamente più consistenti;
- orari di lavoro limitati ai giorni feriali in orario diurno;
- un rischio professionale neanche comparabile con i Colleghi che scelgono l'ospedale che prevede anche l'assistenza in sala parto, in terapia intensiva e in pronto soccorso.

Passare ad una vita considerata più compatibile con le esigenze di una famiglia, con adeguati tempi da dedicare alle relazioni sociali, meglio remunerata e meno oppressa da rischi professionali è un'opportunità che attrae non solo i neo-specialisti ma anche un numero crescente di medici ospedalieri.

Mentre la carenza di specialisti non si riflette negativamente sulla qualità della vita quotidiana del convenzionato, al contrario quella del medico ospedaliero turnista è completamente stravolta:

- turni massacranti;
- ferie conquistate dopo estenuanti trattative;
- ordini di servizio per tappare i buchi in altre sedi e soggiorni “coatti” in sedi disagiate (punti nascita in valli montane o nelle isole);
- riposo giornaliero di 11 ore disatteso;
- festivi e week-end scomparsi dall'agenda familiare;

- stipendi tra i più bassi d'Europa.

Fuggire dal massacro dei diritti fondamentali in atto in molti ospedali italiani verso quella che molti vedono come un piccolo paradiso professionale in terra sta assumendo caratteristiche epidemiche.

In tutto questo il sistema cerca cure che appaiono omeopatiche se non controproducenti. Ad oggi per accedere alla convenzione il punteggio riconosciuto al servizio ospedaliero è infimo. Un medico con 20 anni di servizio si vedrà superato da un giovane con qualche mese di attività di sostituto di un pediatra di famiglia. Se a questo sommiamo la possibilità di iscriversi alle liste per la convenzione un anno prima di specializzarsi (creando di fatto un canale preferenziale di accesso anticipato alla convenzione), il combinato disposto che ne deriva crea le condizioni di uno shift dei neo-specialisti a favore della pediatria convenzionata rispetto al percorso ospedaliero. Una “guerra tra poveri” che non risolve i problemi di carenza di professionisti e di tenuta del sistema.

Peraltro, i neo-specialisti, se non optano per la convenzione, sono sempre di più attratti dall'estero. Contratti molto più gratificanti in termini di qualità del lavoro e di sviluppo professionale sono retribuiti da subito almeno tre volte rispetto a quelli italiani... cosa può restare in tale contesto alla rete ospedaliera pediatrica del nostro Paese?

La situazione è dunque grave e al momento abbandonata a se stessa. Le soluzioni? Qualcuno dovrebbe decidere quale dei due mondi professionali salvaguardare: gli ospedali o i pediatri di famiglia? O entrambi?

Ad oggi i dati di efficacia sul sistema sanitario sono contrastanti. Da un lato l'Italia registra la perdurante peculiarità dell'esperienza della pediatria di famiglia mentre i volumi di accesso ai pronto soccorso in età pediatrica, sono, sempre in Italia, da tre a quattro volte sopra la media europea.

Una buona politica di programmazione dovrebbe permettere alle regioni di individuare quanti specialisti siano necessari in un settore piuttosto che nell'altro e mettere in campo percorsi formativi mirati.

È necessario per un pediatra di libera scelta trascorrere ben cinque anni a formarsi anche in assistenza al neonato critico e prematuro quando non se ne occuperà mai?

È giusto mettere in competizione due percorsi professionali (secondo livello ospedaliero e cure primarie) obbligandoli a concorrere sullo stesso bacino specialistico?

L'altra grande famiglia di medici convenzionati, la Medicina generale cui si accede dopo un percorso formativo specifico e calibrato per l'attività assistenziale da svolgere, non prevede altri titoli di specializzazione per l'accesso (Medicina interna o altre discipline equipollenti considerate ai massimi livelli in termini di competenza specialistica): il titolo esclusivo resta il corso triennale in Medicina generale.

L'ipotesi di prevedere un percorso pediatrico simile a quello formativo in Medicina generale rappresenta una possibilità su cui confrontarsi seriamente per evitare lo smantellamento della pediatria ospedaliera e un ridimensionamento di quella convenzionata che già oggi, nonostante gli indubbi vantaggi sociali e economici, non riesce più a coprire le zone più disagiate e distanti dai maggiori centri abitati, offrendo una copertura a macchia di leopardo che non può soddisfare la categoria e, tantomeno, le attese delle famiglie che pretendono giustamente un servizio equamente distribuito su tutto il territorio nazionale.

Sta al Governo e alle Regioni stabilire gli obiettivi e assumere le relative decisioni, il dato certo è che non governare questa crisi farà arretrare l'assistenza pediatrica italiana, con tutti i lusinghieri risultati ottenuti sulla mortalità infantile e neonatale, a livelli da paese arretrato dal punto di vista sanitario. Una task force che metta da parte gli interessi particolari e guardi a quelli di salute e produca una proposta condivisa entro pochi mesi è il primo indispensabile passo da programmare con la massima urgenza.

A cura di Fulvio Esposito, Emilio Capra, Giovanni Ciccarone, Flavio Civitelli, Bruno Gianoglio, Maurizio Paparo, Carla Parisi, Salvatore Tripodi