

Studio **Anaa Assomed** sugli effetti dell'esodo pensionistico dei dottori dopo i tagli delle manovre estive

# Specialisti, allarme rosso nel 2021

Le carenze più gravi per pediatri e internisti - In tutto mancheranno 30mila medici

Nel 2021 i medici che andranno in pensione tra obblighi e scelte legate alle misure previdenziali contenute nelle ultime manovre saranno oltre 30mila. Ma quel che è più grave per la gestione dell'assistenza nel Ssn è che una serie di specialità perderà almeno il 25% di professionisti con serie ripercussioni sull'assistenza.

A delineare lo scenario è uno studio dell'Anaa Assomed che basandosi sui dati della Cassa Sanitari dell'Inpdap ha calcolato gli effetti della gobba pensionistica i cui effetti partono proprio da quest'anno.

La specialità più a rischio è la pediatria - come conferma anche uno studio della Fimp - ma

tra quelle che perderanno di più ci sono anche medicina interna e chirurgia generale. Deficit minori ma comunque significativi per le altre specialità: cardiologia, ginecologia, ortopedia, anestesologia.

Tra le ragioni dell'esodo la bassa probabilità di raggiungere posizioni elevate di autonomia professionale (solo l'8% diventa primario), la mancata applicazione delle previsioni secondo cui ai medici con più di 55 anni di età si sarebbero dovuti evitare i turni di guardia notturna, le difficoltà di godere di ferie e turni di riposo giornaliero e settimanale.

A PAG. 24-25

## Chi colpirà di più l'addio al lavoro



## RIFORME

### Specializzandi in ospedale

Nel Ddl omnibus la facoltà di terminare i corsi nel Ssn

Gli specializzandi potranno volontariamente scegliere negli ultimi due anni di studi di lavorare all'interno delle strutture del Ssn e non più nei policlinici universitari. Il loro contratto resterà quello con l'Università, ma i medici saranno subito operativi nelle corsie degli ospedali. A stabilirlo è un emendamento al Ddl «omnibus» del ministro Fazio - che in settimana sarà votato in aula a Monteci-

torio - reso più soft "in corsa" dopo la prima bocciatura per il rischio di eccesso di spesa legato alla previsione iniziale di far finanziare i contratti direttamente dalle Regioni. Ora la commissione Bilancio ha dato il via libera assieme ad altre modifiche chieste al Ddl e sull'ultima versione il ministro ha incassato anche l'ok di Ordini e sindacati.

A PAG. 11

## PILLOLE&SPESA

### Farmaci, Regioni in trincea

Si riapre la partita dei conti in corsia - Pani va all'Aifa

Regioni di nuovo all'attacco sulla farmaceutica ospedaliera: un documento approvato dai presidenti prevede uno sfondamento di 2,6 miliardi per il 2011. Le Regioni sollecitano la riapertura immediata del tavolo previsto dal Patto

sulla salute 2010-2012 per l'individuazione di nuovi strumenti di governo del settore e per l'apertura del confronto con Farmindustria sull'attuazione della manovra di primavera.

A PAG. 6-7

### Altri 100 milioni sulle imprese

Il consuntivo sulla farmaceutica territoriale 2010 approvato in Cda Aifa evidenzia un disavanzo di circa 100 milioni di euro sul tetto del 13,3 per cento. Con onere a carico delle imprese.

A PAG. 6-7

### Medicine ai bimbi: metà sono antibiotici

Nuovo report dell'osservatorio Amo: due confezioni in media per ogni piccolo paziente. Boom in età prescolare, mentre quasi metà delle prescrizioni sono antibiotici.

A PAG. 9

## IN VETRINA

### Stretta sugli enti vigilati dalla Salute: scure su Ics, Agenas, Izs e Lega tumori

Razionalizzazioni, semplificazioni, ottimizzazione dei servizi, tagli alla spesa, al personale e alle consulenze sono i principi contenuti nella riforma di alcuni enti vigilati dal ministero della Salute, contenuta in uno schema di Dlgs approvato in prima lettura la scorsa settimana dal Consiglio dei ministri. (Servizi a pag. 5)

### ▼ Sangue: la strategia 2011 per l'autosufficienza

All'esame della Stato-Regioni lo schema di decreto ministeriale sul programma annuale per l'autosufficienza di sangue ed emoderivati. (Servizio a pag. 4)

### ▼ Vaccini: Piano nazionale, ecco l'ultima versione

Superare l'eterogeneità regionale e puntare al grande ombrello dei Lea. Sono gli obiettivi dell'ultima bozza di Pnv, proposta dalle Regioni. (Servizio a pag. 4)

### ▼ Ddl farmacie: riordino verso le prime modifiche

Al via in commissione Igiene e Sanità al Senato l'esame degli emendamenti al testo per la riorganizzazione dei presidi. (Servizio a pag. 11)

### ▼ Diabete: vademecum per arginare la pandemia

Prevenzione, diagnosi e cura del diabete nel X fascicolo dei Quaderni della Salute del ministero. E a Lisbona gli esperti puntano su terapie personalizzate. (Servizio a pag. 26-27)

### I mali del cuore nel cuore dell'Onu

Si celebra il 29 settembre la Giornata mondiale per il cuore, proprio all'indomani del summit dell'Onu sulle malattie non trasmissibili. Comune il leit motiv: serve un'alleanza per la salute tra istituzioni e cittadini.

A PAG. 14-15

## Mezza Italia non cura il dolore

In Italia, si sa, le cure non sono uguali da Nord a Sud: a Bolzano o a Messina non si è pazienti allo stesso modo. Il diritto alla salute sancito dalla Costituzione non è garantito come si dovrebbe: resistono inefficienze e sprechi, soprattutto da Roma in giù. Anche se diverse Regioni stanno tentando di risalire la china.

Bisogna ricordarsi però che prima di tentare di curare bene e guarire, ogni medico e ospedale ha il dovere di evitare dolore e sofferenze inutili ai propri pazienti. Lo chiede la medicina moderna, lo sancisce una legge - la 38/2010 - tra le più all'avanguardia in Europa.

Ebbene, i risultati delle indagini dei Nas ordinate dalla Commissione d'inchiesta del Ssn raccontano invece di un Paese di nuovo spaccato in due, o meglio in tre zone. Con il Nord e parte del Centro Italia che lottano contro il dolore dei pazienti, cercando di rispettare quella legge, e il resto del Paese che fa poco o nulla. Per questo bisogna ribadire con forza, se vogliamo vivere in un Paese civile, che oltre al diritto alla salute va difeso anche il diritto a non soffrire inutilmente. (Mar.B.)

A PAG. 2-3

Analisi Anaa-Assomed sugli effetti fino al 2021 della gobba pensionistica "negativa"

# Medici: -30mila in dieci anni

Allarme specialità: quali sono le più colpite - La ricetta: al lavoro prima nel Ssn

Entro il 2021, tra dieci anni, l'andamento della cosiddetta gobba pensionistica provocherà un depauperamento del personale medico operante nel sistema sanitario italiano di almeno 30mila unità anche per effetto delle ultime modifiche agli assetti previdenziali. Ma quel che è peggio sarà la carenza in cui si troveranno le specialità principali per la salute, che scontreranno gli effetti della gobba uniti a quelli di una programmazione degli accessi alla professione attualmente inefficace.

La «gobba pensionistica». Come evidenzia il grafico, siamo ormai nella fase ascendente della «gobba pensionistica». Il pericolo di un prossimo esodo dei professionisti su base previdenziale è stato riconosciuto anche dal ministero della Salute che nel Piano sanitario nazionale 2011-2013 prospetta una riduzione complessiva di circa 22mila medici impiegati nei servizi pubblici e privati entro il 2018.

Per le fasce di età più anziane va considerato che il riscatto previdenziale degli anni di università era possibile con un congruo versamento economico mensile e che queste stesse fasce di età iniziarono la loro carriera in un periodo in cui vi era un'ampia crescita dei posti ospedalieri in organico grazie alla riforma ospedaliera «Mariotti» del 1968 e all'istituzione del Ssn nel 1978; inoltre l'assunzione avveniva precocemente dopo il conseguimento della laurea in Medicina e chirurgia, dato che non vi era l'obbligo, come attualmente, di avere il titolo di specializzazione per essere assunti nel Ssn.

Parliamo quindi di una popolazione medica numerosa, in condizioni di aver maturato gli anni di anzianità pensionistica con ampio anticipo (anche a soli 58 anni di età).

I dati Cassa pensioni sanitari-Inpdap ci forniscono il comportamento attuale dei medici dipendenti ai fini dell'andata in quiescenza.

In pratica, la maggior parte dei medici ospedalieri lascia il lavoro con una quota di 100 (somma tra età alla quiescenza e anni di contribuzione), ben al di sopra della quota minima prevista attualmente per il pensionamento (quota 96, che diventerà 97 a partire dal 2013) ma con circa 3 anni di anticipo rispetto alla classica pensione di vecchiaia (65 anni), rinunciando in molti casi al raggiungimento del massimo contributivo, accettando anche un trattamento pensionistico inferiore.

D'altra parte, vi sono aspetti organizzativi che giocano contro la permanenza in servizio, come la bassa probabilità di raggiungere posizioni elevate di autonomia professionale (solo l'8% dei dirigenti medici diventa direttore di struttura complessa), la manca-

**Tabella 1 - Serie storica dei trattamenti pensionistici Cps-Inpdap**

Anno	Sesso	Numero	Età media alla cessazione	Anzianità media	Importo annuo medio alla cessazione
2005	Maschi	1.213	62,1	38	73.641
	Femmine	195	58,8	36,4	58.748
	<b>Totale</b>	<b>1.408</b>	<b>61,6</b>	<b>37,7</b>	<b>71.560</b>
2006	Maschi	2.033	61,3	38	71.485
	Femmine	404	59,4	36,6	60.795
	<b>Totale</b>	<b>2.437</b>	<b>61</b>	<b>37,8</b>	<b>69.713</b>
2007	Maschi	2.738	61,1	38,2	71.065
	Femmine	617	59,4	36,9	63.511
	<b>Totale</b>	<b>3.355</b>	<b>60,8</b>	<b>37,9</b>	<b>69.676</b>
2008	Maschi	2.207	61,4	38,2	71.529
	Femmine	483	59,4	36,7	62.645
	<b>Totale</b>	<b>2.690</b>	<b>61</b>	<b>37,9</b>	<b>69.934</b>
2009	Maschi	2.114	62,5	38,6	72.579
	Femmine	433	60,8	37,4	64.374
	<b>Totale</b>	<b>2.547</b>	<b>62,2</b>	<b>38,4</b>	<b>71.184</b>

**Tabella 2 - Le carenze nelle principali specialità**

I parametri di riferimento	Pediatria (inclusi Ps)	Medicina interna	Chirurgia generale	Cardiologia	Ortopedia	Ginecologia	Anestesiologia
Numero di medici ospedalieri che acquisiranno nel periodo 2012-2021 gli attuali criteri di pensionamento, suddivisi per singola specialità	5.700	4.200	3.700	2.900	2.100	2.700	5.700
Contratti di formazione assegnabili secondo l'attuale programmazione nel periodo 2012-2021 (fonte Miur)	2.300	2.250	2.750	2.570	1.880	2.120	5.350
<b>Differenza</b>	<b>-3.400</b>	<b>-1.950</b>	<b>-950</b>	<b>-330</b>	<b>-220</b>	<b>-580</b>	<b>-350</b>

ta applicazione delle raccomandazioni contrattuali secondo cui ai medici con più di 55 anni di età si sarebbero dovuti evitare i turni di guardia notturna, le difficoltà crescenti di godere delle ferie e perfino dei turni di riposo giornaliero e settimanale previsti dalla legislazione nazionale e dalle direttive europee.

È evidente come un medico che non abbia ricevuto sufficienti gratificazioni professionali, costretto dalle attuali condizioni lavorative a svolgere turni di guardia notturni e una gravosa mole di lavoro straordinario, in condizioni di elevato rischio professionale, all'età di 61-62 anni, o prima se la sua situazione previdenziale glielo consente, decida di abbandonare il posto di lavoro e ritirarsi in pensione. Inoltre, i medici dipendenti del Ssn che rientrano nel calcolo della pensione con il metodo retributivo non hanno alcuna convenienza nel rimanere in servizio una volta raggiunti i 40 anni di contribuzione.

Se valutiamo il grafico in base ai dati Cps-Inpdap relativi al comportamento attuale dei medici dipendenti ai fini del pensionamento (62 di età+35 anni minimi di contribuzione), vediamo che i nati tra il 1942 e il 1949 (in giallo nel grafico) hanno già raggiunto i criteri di pensionamen-

to: si tratta di circa 14.300 medici che attualmente sono già andati in pensione o si apprestano a farlo. I nati tra il 1950 e il 1959 (in rosso nel grafico) acquisiranno il criterio dal 2012 al 2021: si tratta globalmente di 61.300 medici (il 53% dei medici dipendenti del Ssn nel 2008). Nel decennio successivo (in blu nel grafico) saranno circa 29.700 i medici che raggiungeranno gli attuali criteri, anche se è verosimile per essi una profonda revisione del sistema previdenziale. Le date di effettivo abbandono del posto di lavoro slitteranno di 12 mesi per la previsione della finestra mobile contenuta nella legge 122/2010. Come si può notare solo dopo il 2028-2029 (nati nel 1966-1967) si tornerà a un numero di pensionamenti annuali al di sotto di 2.500, che rappresenta il numero dei pensionamenti della Cps-Inpdap per il 2009 (tabella 1).

La carenza di specialisti. L'esodo pensionistico dei medici rappresenta non una semplice ipotesi ma una preoccupante realtà e i rischi di un decadimento qualitativo del Ssn, in mancanza di adeguate contromisure, appaiono certi. Infatti le capacità formative dell'Università sono attualmente limitate: circa 5.000 specialisti per anno di cui solo 3.000-3.500 sceglieranno di lavorare come dipendenti del Sistema sanitario nazionale. Nei prossimi 10 anni, si prospetta, pertanto una mancanza di circa

30.000 specialisti che svolgono funzioni non delegabili ad altre professioni sanitarie. La tendenza alla riduzione dei medici in attività è testimoniata anche dalle statistiche Oecd 2011 che mostrano in Italia un numero di medici "praticanti" per mille abitanti in rapido decremento rispetto ai dati precedenti, essendo al 3,4 per mille contro il 3,1 medio dei Paesi Oecd, con la possibilità che con l'attuale ritmo di uscita dal sistema, nei prossimi 5 anni il nostro indice sia al di sotto della media Oecd.

Anche se non esiste al momento a livello nazionale una banca dati esaustiva e comprensiva dei dati anagrafici e di disciplina per i medici dipendenti del Ssn, una previsione dei flussi pensionistici per le singole specialità può essere ottenuta considerando, da un lato, che nel prossimo decennio (2012-2021) l'uscita media dal sistema interesserà almeno il 50% dei medici dipendenti oggi in servizio e, dall'altro, valutando le attuali capacità formative post laurea proiettate a 10 anni. Il dato del 50% di uscita dal sistema è fortemente avvalorato anche dall'analisi della distribuzione per età dei medici dipendenti del Ssn che evidenzia come nel 2009 ben il 69% della popolazione risulti avere un'età maggiore o uguale a 50 anni.

Applicando, pertanto, la percentuale di uscita del 50% al numero dei medici dipendenti

suddivisi per specialità, come risulta dal Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato 2009, si può ottenere con elevata approssimazione il numero dei possibili pensionamenti per specialità nel periodo 2012-2021. Analizzando i contratti di formazione specialistica degli ultimi cinque anni (2006-2007 e 2010-2011) assegnati dal Miur alle singole facoltà di Medicina e proiettandoli a 10 anni, ammettendo una invarianza di programmazione, avremo l'indicazione degli eventuali deficit di specialisti all'interno del Ssn nel prossimo decennio per le principali specialità del mondo ospedaliero.

Per calcolare il deficit reale, si dovrebbe valutare, come già detto, che mediamente solo il 70% dei medici specialisti sceglie poi di lavorare effettivamente per il Ssn (dati F n o m C e o 2010).

Scelte diverse sono: convenzionamento con il Ssn, libera professione, università/ricerca, privata accreditata e no, industrie del settore, lavoro all'estero.

Per i pediatri può essere quantificata invece una opzione del 100% perché nel calcolo è inclusa la pediatria di libera scelta che rappresenta la scelta più importante dopo quella di specialista dipendente del Ssn. Per gli ane-

stesi il dato arriva all'85%. Per gli internisti il dato è del 75 per cento. Per le specialità generaliste (medicina interna e chirurgia generale) una parte minore del deficit potrebbe essere coperta con il sistema delle specialità equipollenti.

Anche ammettendo, come riportato nella tabella 2, che tutti i contratti di formazione si trasformino in rapporti di lavoro con il Ssn (ma sappiamo in partenza che non sarà così), i deficit, ancorché sottomisurati, appaiono importanti e tali da determinare considerevoli problemi nell'erogazione dei servizi sanitari. Quelli maggiori (in media il 25% della forza lavoro, ndr.) si avranno nelle specialità generaliste e cioè Medicina interna (-1.950), Chirurgia generale (-950) e Pediatria (-3.400) includendo oltre agli ospedalieri anche la pediatria di libera scelta. Deficit minori ma comunque significativi per le altre specialità (Cardiologia, Ginecologia, Ortopedia, Anestesiologia).

Una ricetta per la formazione. Se si considera l'attuale transizione demografica ed epidemiologica, con la crescita esponenziale di malati anziani e con patologie, la prossima difficoltà nel reperire specialisti con formazione olistica avrà pesanti ripercussioni negative nell'erogazione dei servizi sanitari essenziali per questa tipologia di malati.

Al contrario di quello che succede nel resto d'Europa, in Italia un medico può diventare specialista solo se riesce a entrare in una scuola universitaria di specializzazione a numero chiuso, superando un esame di ammissione. Nonostante quanto pubblicato sulla «Gazzetta Ufficiale», n. 105 dell'8 maggio 2006, che prevede un determinato iter formativo affinché il titolo di specializzazione sia riconosciuto in ambito europeo, è noto che quegli standard non vengono rispettati.

Gli ospedali non hanno titolo alla formazione post-laurea, a meno che l'Università non sia disponibile a distribuire gli specializzandi in strutture ospedaliere; ma il controllo della formazione rimane nelle mani dell'Università, con una qualità che gli interessati considerano insufficiente.

Solo da specialista, un medico può partecipare a un concorso nel sistema sanitario pubblico, in quella branca specialistica, diventando, ancora, un "medico in formazione" per altri cinque anni, o essere assunto nel privato.

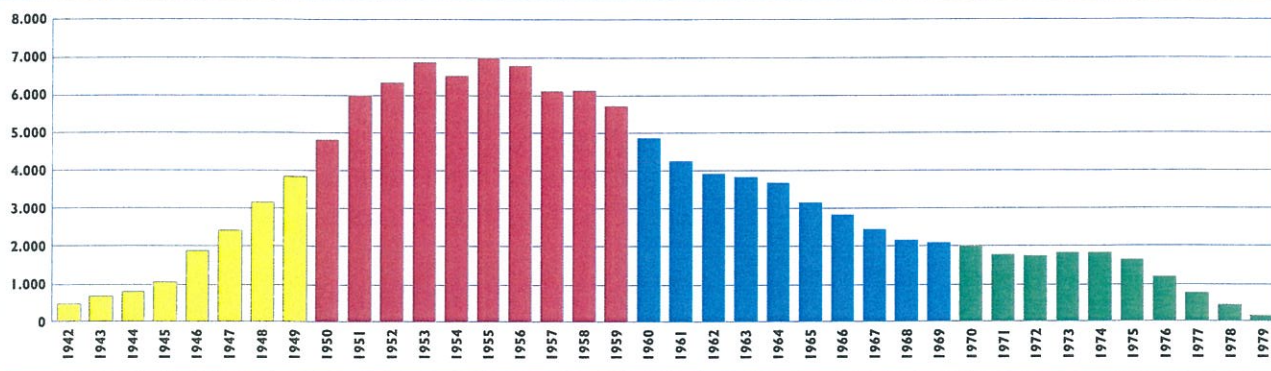
Di fronte alla prossima uscita dal mondo della Sanità pubblica di un grande numero di specialisti e di fronte alla evidente carenza formativa dei medici specializzandi, urge una riorganizzazione della formazione specialistica.

Il punto centrale è quello del rispetto della normativa vigente;

## La previsione è sottostimata

## L'età minima scatta a 58 anni

**Grafico 1 - 115.000 medici dipendenti del Ssn a tempo indeterminato e a tempo determinato nel 2008, distribuiti per anno di nascita (dati FromCeo)**



normativa che è esplicitamente citata dall'Università nei contratti di formazione sottoposti ai medici che si iscrivono alla scuola di specializzazione, che consente l'utilizzo delle strutture ospedaliere nella formazione specialistica.

Se la formazione attuale è qualitativamente insufficiente, la causa, da un lato, risiede nello scarso rispetto della normativa, in assenza di controlli, dall'altro lato, circoscrivendo la presenza degli specializzandi all'interno dei soli reparti universitari, è verosimile che non ci sia casistica sufficiente a raggiungere tali obiettivi.

### Va rivisto l'iter della formazione

Il numero complessivo degli specializzandi, a livello nazionale, si aggira attorno a 25mila unità. Un numero molto grande, pari a circa il 20% del numero dei medici dipendenti italiani, ma comunque, come abbiamo visto, largamente insufficiente a colmare le uscite che si prospettano, anche adottando criteri prudenti

ziali nella valutazione dei flussi.

La riorganizzazione del sistema formativo è prerogativa dell'Università, pretendere che i futuri specialisti da inserire nel Ssn siano all'altezza del ruolo professionale che li aspetta è compito delle Regioni, che sono responsabili della qualità delle cure, e quindi del funzionamento del sistema; ma il futuro del Ssn è determinato dal numero e dalla qualità dei nuovi specialisti, aspetti attualmente di esclusiva pertinenza dell'Università.

Fino a quando la legge non consentirà l'ingresso del medico non specialista in ospedale, per formarlo in quella sede, come in tutto il mondo occidentale, il Ssn non ha alcuna autonomia nella definizione del proprio fabbisogno futuro.

Purtroppo, dalle classifiche internazionali, il Sistema sanitario nazionale italiano, considerato dall'Oms fra i migliori del mondo è, nei fatti, subordinato per molti aspetti a una Università re-

legata tra le posizioni di retroguardia.

È possibile arrivare a migliori risultati attraverso una collaborazione stretta tra l'Università e gli ospedali, che devono essere coinvolti, in tutta la rete ospedaliera, per consentire agli specializzandi di svolgere quelle attività pratiche previste dalla normativa e che, per ovvi motivi di dotazione di posti letto, non può essere garantita dalla sola Università. Se ogni specializzando deve acquisire conoscenze e abilità manuali di progressiva complessità, solo mettendo in rete una serie di strutture ospedaliere all'interno di un bacino d'utenza definito, è possibile garantirgli un percorso formativo adeguato, organizzando la sua presenza durante gli anni di specializzazione sia in strutture ospedaliere di tipo periferico, con casistica meno complessa, sia in ospedali di più elevato livello operativo.

È opportuno inoltre aumentare la disponibilità dei contratti di formazione specialistica e che la loro programmazione corrisponda alle esigenze delle singole Regioni.

Solo recentemente il Governo sembra abbia preso coscienza del problema, proponendo una riforma della formazione post laurea. Al contrario, nei precedenti due anni abbiamo assistito all'emanazione di atti che rischiano di aggravarlo. Ci riferiamo, in particolare, alla cosiddetta "rottamazione" dei medici con 40 anni di contributi e al blocco del turn over che ha colpito i medici dipendenti nelle Regioni sottoposte a piani di rientro, reiterato anche dalla recente manovra economica estiva (legge 111/2011) e allargato di fatto a tutte le aziende sanitarie con la previsione di un tetto della spesa per il personale limitato al bilancio 2004 ridotto dell'1,4 per cento.

**Conclusioni.** In conclusione, noi riteniamo che da queste considerazioni si possa partire per recuperare un ruolo formativo del sistema sanitario pubblico. Tale esigenza non nasce da particolari rivendicazioni categoriali, per quanto legittime, ma dalla consapevolezza del contributo fondamentale che il Ssn può dare alla formazione medica orientando i nuovi professionisti verso il "saper fare" e verso quei valori di qualità, efficacia, appropriatezza, corretto uso delle risorse e attenzione al sociale che possono rendere equo e sostenibile il servizio sanitario pubblico in un'epoca di risorse economiche limitate.

In concreto, pensiamo che aumentare il numero degli studenti iscritti al corso di laurea in Medicina non risolve il problema della prossima mancanza di medici perché i primi risultati si vedrebbero solo dopo 10-11 anni. Inoltre si rischia di ripetere, nel lungo periodo, il fenomeno della pleora medica.

La strozzatura è data dall'imposizione del titolo di specializzazione come requisito di accesso al sistema.

Occorre, pertanto, anticipare l'incontro tra il mondo della formazione e quello del lavoro, oggi estranei l'uno all'altro, animati da conflittualità latenti o mani-

festate e contenziosi infiniti, consentendo ai giovani medici di raggiungere il massimo della tutela previdenziale e al sistema sanitario di utilizzare le energie più fresche.

La soluzione consiste nella trasformazione del contratto di formazione-lavoro in contratto a tempo determinato con oneri previdenziali e accessori a carico delle Regioni e nel conseguente inserimento dei giovani medici nella rete formativa regionale.

Recuperare il ruolo professionalizzante degli ospedali rappresenta la strada maestra per garantire insieme il futuro dei giovani medici e quello dei sistemi sanitari.

**Carlo Palermo**  
Coord. Conferenza segretari Anaa-Assomed di Regioni e Pa  
**Enrico Reginato**  
Vice-presidente Fems (Federazione europea medici salariati)

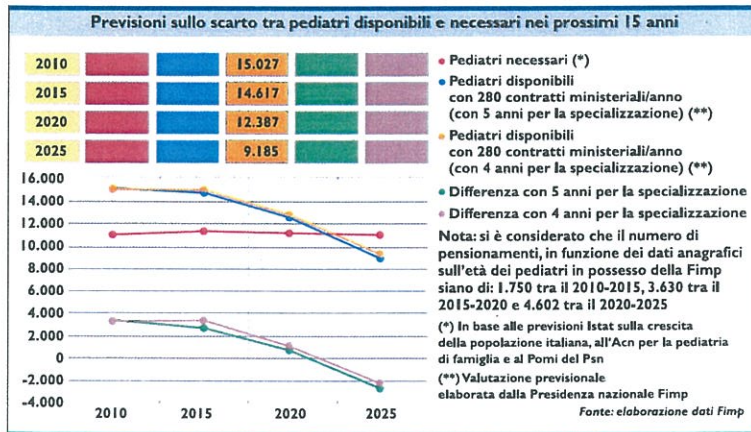
© RIPRODUZIONE RISERVATA

## STUDIO FIMP

# Addio a 1.500 pediatri di famiglia

In Italia operano circa 14.700 pediatri, di cui 7.500 nella pediatria di libera scelta. Il numero al momento è in linea con il fabbisogno, anche se in alcune Regioni si registra già una carenza di pediatri, dovuta a una cattiva distribuzione sul territorio nazionale. Il problema maggiore, però, è per il futuro in quanto nel 2020 si passerà dagli attuali 7-8mila pediatri di libera scelta a 6mila, e si determinerà un saldo negativo tra chi va in pensione o smette di fare il pediatra per qualsiasi altro motivo (valutati attualmente tra 400 e 600 ogni anno) e la formazione di nuovi specialisti.

Queste le considerazioni elaborate dall'ufficio di presidenza della Fimp, il sindacato dei pediatri di libera scelta, i cui tecnici hanno incrociato i dati relativi al numero di borse per la specialità pediatrica, le proiezioni sui medici in odor di pensione per classe d'età (si veda il grafico, tenendo conto che la proiezione considera tutti i pediatri e che oggi il cluster di età prevalente è 45-55 anni) e le statistiche sulla natalità (500mila nascite l'anno). «Attraverso calcoli di proiezione che tengono conto delle previsioni Istat di crescita della popolazione, delle leggi, degli accordi collettivi nazionali, dei piani sanitari nazionali e regionali, del progetto obiettivo maieuro-infantile, per mantenere gli attuali livelli di assistenza si dovrebbero prevedere



fin d'ora non meno di 400 contratti ministeriali l'anno per la pediatria», spiega il presidente Fimp Giuseppe Mele. «Per frenare questa emorragia di pediatri - continua - bisogna infatti intervenire aumentando ulteriormente il numero di posti per la specializzazione post laurea, incrementando il numero di accessi alle scuole di specialità del 25% (50

nuovi posti per ciascun anno accademico in corso) e determinando una crescita del numero delle borse ministeriali da 212 alle 282 unità previste dal ministero della Salute».

L'allarme Fimp, in linea con quanto anticipato nell'analisi Anaa-Assomed pubblicata in queste pagine, accende i riflettori su un problema che ancora è dietro l'ango-

lo, ma a cui secondo i pediatri occorre porre rimedio fin da oggi. Aumentando i posti a bando per la specialità, intanto, anche a rischio di riproporre il tormentone della "pleora medica", una volta che la fase discendente della gobba pensionistica sarà stata superata. E sostenendo il progetto ministeriale che prevede la sforbiciata sulle specializzazioni in

Medicina: da cinque a quattro anni. Una proposta su cui i professionisti delle cure ai più piccoli si dicono assolutamente d'accordo. Così come concordano con l'ipotesi, lanciata dal ministro della Salute Fazio, stralciata e poi ripresentata sotto altra forma nel Ddl Omnibus (si veda articolo a pag. 9), di svolgere gli ultimi due anni dell'iter di specializzazione nelle strutture Ssn. «O sul territorio - continua Mele - perché la nostra parola d'ordine dev'essere "spazio ai giovani". In questo senso pensiamo che vada anche ridimensionato quel fenomeno, non certo irrilevante, secondo cui molti colleghi ospedalieri avvicinandosi il momento della pensione lasciano le strutture e rifinalizzano la propria attività professionale sul territorio, a prescindere dalle "zone carenti"».

Ultimo, ma non certo in ordine d'importanza visti i numeri al galoppo, il tema della progressiva femminilizzazione della professione: oggi le dottoresse pediatre sono il 60-63% del totale. «Mentre la convenzione - ammette Mele - è scritta al maschile e una giovane specializzanda, magari madre di famiglia, che voglia optare per la libera scelta dovrà farci i conti. Anche questo è un aspetto a cui, in prospettiva, dovremo metter mano».

**Barbara Gobbi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA