



Società Italiana delle Cure Primarie Pediatriche

19 marzo 2012

Con il Direttivo SICuPP ho letto con molta attenzione il documento “Verso la Nuova Rete Pediatrica Integrata” attualmente all’esame del Direttivo Nazionale della Società Italiana di Pediatria ben consapevole dell’enorme rilevanza per tutti i bambini e gli adolescenti perché oggi è in gioco la stessa sopravvivenza dell’assistenza Pediatrica.

Siamo d’accordo che sia necessario e assolutamente urgente che tutti insieme si discuta e si condivida una proposta di razionalizzazione dell’attuale Rete Pediatrica, ma la nostra Società, che rappresenta le istanze dei Pediatri di Famiglia, pur concordando su alcuni degli aspetti rilevati come criticità, non può condividere l’analisi e le proposte contenute nel documento. Riteniamo indispensabili alcune considerazioni sui nuovi bisogni di salute, sull’analisi delle criticità assistenziali e sulle proposte operative presenti nel documento. Riteniamo inoltre fondamentale riassumere alcune precisazioni per far conoscere agli estensori del documento il ruolo professionale e le modalità operative dei Pediatri di Famiglia che vengono descritte in modo del tutto impreciso.

I nuovi bisogni di salute

Certamente i bisogni di salute si sono modificati in rapporto ai cambiamenti sociali e culturali (ridotta natalità, primi gravide sempre più “mature”, scomparsa della famiglia patriarcale, difficoltà lavorative ed organizzative, famiglie con un solo genitore, aumento dei migranti) e al rapido progresso scientifico - tecnologico.

E’ altresì importante sottolineare che questi cambiamenti hanno portato ad una **minore tolleranza e capacità di gestire** i problemi “banali” con un enorme aumento della richiesta di prestazioni sanitarie pediatriche, sia negli studi dei Pediatri di Famiglia che nei Pronto Soccorsi. Questo è un trend non limitato all’assistenza pediatrica, ma comune anche alla medicina generale e ai P.S. in genere.

A questo si aggiunge la crescente domanda di assistenza alla cronicità e disabilità, ai sempre più numerosi bambini stranieri, alle problematiche comportamentali e al disagio psicosociale dei bambini e degli adolescenti.

Le criticità dell’assistenza pediatrica territoriale e ospedaliera

Tutti i documenti di programmazione sanitaria affermano che il territorio è il punto di forza per l’organizzazione dell’assistenza sanitaria e che ciò si realizza anche attraverso un riequilibrio fra ospedale e territorio. Accanto a quest’affermazione riteniamo importante aggiungere un altro elemento che sta a cuore ai Pediatri, alle Famiglie e ai Soggetti in età evolutiva: il “**rapporto di fiducia**”, quindi la salvaguardia del rapporto che si instaura con il medico che la famiglia sceglie per il proprio figlio.

Proprio a partire da queste premesse, per rispondere in modo efficace al cambiamento dei bisogni assistenziali della popolazione, alle mutate condizioni sociali ed economiche del Paese, la Pediatria di Famiglia ha, negli anni, creato e progressivamente implementato nuovi modelli organizzativi - assistenziali per garantire sul territorio le attività di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione. Prestazioni erogate nei confronti degli assistiti sia sani, sia con patologie acute e croniche, contribuendo ad una continuità assistenziale per gli interventi che esulino dall’urgenza-emergenza.

Modelli organizzativi: Sempre più l’attività del Pediatra di Famiglia si sta indirizzando verso il superamento del lavoro da singolo a favore delle forme associative e dei gruppi. I dati del Ministero riferiti al 2010 documentano che su **7683** Pediatri di Famiglia, **4538 (circa il 60%)** svolgono attività in forma associativa (associazioni o gruppi). L’utilizzo di personale segretariale e infermieristico, la dotazione di apparecchiature per il self-help diagnostico, lo sviluppo di strumenti informatici per la gestione della cartella clinica, il lavoro in rete, la trasmissione e il flusso dei dati del paziente sono tutti elementi che la Pediatria di Famiglia ha sviluppato per un assetto organizzativo più moderno ed efficace. Assetto che possa permettere, sempre più, di



Società Italiana delle Cure Primarie Pediatriche

concludere nel territorio il percorso diagnostico-terapeutico di molte malattie acute, di realizzare il follow-up di patologie ricorrenti, croniche, complesse.

Per le malattie croniche pediatriche, inoltre, è stato sviluppato, negli Accordi Collettivi Nazionali, il programma di **assistenza al paziente affetto da patologia cronica**, che si esplica come assistenza ambulatoriale programmata o assistenza domiciliare (integrata o programmata). Attraverso specifici percorsi formativi, che spesso hanno dovuto integrare sostanzialmente la formazione universitaria ricevuta, il Pediatra di Famiglia per alcune patologie ha progressivamente assunto un ruolo attivo nella gestione in prima persona del paziente, riducendo il numero degli interventi specialistici e, quindi, i relativi costi e disagi.

Per altre morbilità più complesse è in grado di coordinare i vari interventi terapeutico-riabilitativi specialistici, di affrontare le patologie acute intercorrenti, di mantenere il rapporto relazionale con la famiglia sostenendola nei momenti di difficoltà assistenziale; questo proprio per la sua visione "generalista" e per il suddetto rapporto di fiducia.

Ricordiamo, infine, che le indagini condotte sulla popolazione continuano a documentare che la Pediatria di Famiglia rappresenta un servizio sanitario molto apprezzato da parte degli utenti e costituisce, per la maggior parte delle famiglie, un punto di riferimento insostituibile fino all'età adolescenziale e oltre. Alcune significative analisi dimostrano inoltre un netto risparmio se il bambino è curato dal Pediatra di Famiglia rispetto al Medico di Medicina Generale.

Proposte operative

Il modello dei Centri Territoriali per l'Assistenza Socio Sanitaria Pediatrica di fatto vanifica tutto lo sforzo che la Pediatria di Famiglia ha svolto per rispondere ai bisogni assistenziali; bisogni assistenziali che non sono solamente le malattie acute semplici, ma anche e soprattutto la prevenzione, l'educazione alla salute e a stili di vita salutari, la diagnosi, la cura e il follow-up di malattie ricorrenti e croniche.

Non riteniamo che i Centri Territoriali per l'Assistenza Socio Sanitaria Pediatrica, così come descritti nel documento, possano rappresentare un modello organizzativo valido né per rispondere agli attuali bisogni di salute, né per educare ad una appropriata domanda di salute. Analisi dei costi socio-sanitari evidenziano che se non si decidono percorsi che rendano più responsabili i possibili fruitori, anche gli ulteriori servizi offerti verranno saturati in breve per passare ad una rincorsa della customer satisfaction senza fine.

Non affrontiamo l'analisi degli altri ambiti coinvolti (Neonatologie, Ospedali di secondo e terzo livello, Università) che naturalmente lasciamo a chi vive quotidianamente queste problematiche e con i quali sarebbe opportuno confrontarci. Vorremmo comunque riaffermare la centralità del Pediatra di Famiglia curante nel rapporto di fiducia con la famiglia e quindi la necessità che le restanti strutture si organizzino per fornirgli un adeguato supporto, affinché possa dare, nel primario interesse del bambino, la più completa e sicura risposta assistenziale possibile.

Riteniamo pertanto indispensabile una revisione sostanziale del documento a partire dal rispetto e dalla conoscenza approfondita dei ruoli svolti da ciascuna figura dell'Area Pediatrica e dai dati epidemiologici sanitari disponibili.

"La SIP vuole essere la Casa dei Pediatri Italiani"; questa è una delle prime affermazioni che tanto ci ha appassionati. Una casa deve essere accogliente, deve ascoltare e valorizzare tutti coloro che la abitano e desiderano abitarla. Lavoriamo perché lo diventi.

Marina Picca
Presidente SICuPP