

NUOVA E VECCHIA PEDIATRIA DI FAMIGLIA: DA NUZZO A SPATARO E VICEVERSA

Nuova Pediatria di famiglia

Rispondo volentieri alle richieste di chiarimento, espresse dal professor Panizon a commento della lettera intitolata "Nuova Pediatria di Famiglia", pubblicata su *Medico e Bambino* di dicembre 1999.

Il rapporto PdF/genitori si basa purtroppo su un'immagine negativa del PdF, mutuata dalla tradizione della "medicina mutualistica", cui il PdF è stato imprudentemente assimilato nel momento della sua collocazione nella struttura del SSN. Le caratteristiche di questo fenomeno e i suoi effetti sulla struttura assistenziale pediatrica li ho già descritti nell'articolo pubblicato su *Quaderni ACP*¹ a cui rimando.

Qui vorrei solo ricordare che, in assenza della dovuta e necessaria migliore definizione contrattuale del ruolo istituzionale del PdF, e in mancanza della dovuta e necessaria informazione/educazione dell'utenza, nelle sedi adeguate, sul contenuto di una corretta cultura della salute, di un rapporto assistenziale e dell'uso delle risorse sanitarie, resta solo sulle spalle del PdF l'ingrato e faticosissimo compito di dimostrare ai propri pazienti, con buoni esempi, che l'immagine preconcepita con cui si relazionano ad esso è infondata. Purtroppo, però, in un setting meramente interpersonale, questo sforzo non può che raggiungere risultati molto limitati (limitatissimi nelle zone a cultura "povera"), perché ha come bersaglio cognizioni, emozioni e comportamenti profondamente radicati nella cultura che, per definizione, non possono essere influenzati efficacemente se non sul piano collettivo e di massa (educazione /informazione) e sul piano normativo (definizione contrattuale/dissuasione).

Di fatto quindi il rapporto PdF/utenti è ingombro, nonostante i migliori sforzi personali, di contenuti inappropriati, determinati da aspettative irrazionali e distorte, e sostenuti da una diffusa cultura della pretesa (visite domiciliari ingiustificate, ripetuti accessi ambulatoriali per problemi banali o inesistenti, intollerabile pressione per l'uso inadeguato di farmaci ed esami di laboratorio...), con una conseguente massa di interazioni di bassissima qualità, che soffocano quello che dovrebbe essere il contenuto normale di un modello assistenziale pediatrico territoriale.

Il professor Panizon non potrà non convenire sul fatto che, anche volendo escludere un modello basato sulla sola professionalità (verso cui il sottoscritto non nasconde le sue simpatie), a vantaggio di

uno orientato al "servizio", neanche quest'ultimo è possibile praticare quando quelli che dovrebbero essere i contenuti razionali del servizio vengono rifiutati e/o messi in secondo piano rispetto alle aspettative derivanti da una cultura irrazionale, distorta e disinformata. A ciò si aggiungano gli effetti nefasti di un assecondamento irresponsabile delle esigenze dell'utenza (vedi quanto è successo nella recente epidemia influenzale), con campagne diffamatorie verso i medici di famiglia. Ne deriva una impossibilità di fare buona assistenza, e solo inutile e improduttivo minimalismo, ammortizzazione di tensioni sociali e sostegno sociale, compiti che non spetterebbero né al SSN né al medico.

Ma è proprio mancando i presupposti basilari per la soddisfazione dei veri, non dei falsi, diritti dell'utenza, che vengono anche a mancare i presupposti per una medicina realmente, e non formalmente, basata su un autentico umanesimo democratico e solidaristico.

Interventi giuridico-istituzionali per correggere questo stato di cose potrebbero essere tanti, e senza uscire dal modello di un'assistenza solidaristica e basata sul "servizio". Li cito solo a titolo di esempio:

□ ridefinizione contrattuale del ruolo del PdF, con esplicita menzione del suo ruolo primario di specialista e diagnosta-terapeuta del bambino, a svantaggio di una sua utilizzazione come mero soddisfattore di esigenze minime;

□ indicazione del tempo medio ottimale per visite ambulatoriali, in modo da occupare le ore di ambulatorio offerte per attività ad alta componente qualitativa, evitando il gran numero delle prestazioni minimali;

□ ridefinizione del concetto di disponibilità ambulatoriale (che si orienti sulla primarietà della qualità assistenziale e permetta concretamente di poter rigettare, senza rischi penali, la soddisfazione di richieste inappropriate) e ridefinizione dei criteri di "obbligo" assistenziale del PdF a prestazioni ambulatoriali e/o domiciliari, solo se sostenute da un effettivo, oggettivo e comprovabile bisogno; con radicale ridefinizione dei criteri di erogazione della domiciliare (o sua abolizione);

□ dissuasione all'eccesso immotivato di richiesta, attraverso la limitazione della disponibilità illimitata di prestazioni (ad esempio contingentamento annuo, da definirsi in base alla patologia esistente...);

□ responsabilizzazione delle ASL, perché sostengano concretamente il medico nella

difesa della qualità delle prestazioni e nella lotta contro l'abuso e lo spreco di risorse.

Lo scopo dell'azione del movimento di opinione confluito nella sigla "Movimento Nuova Pediatria di Famiglia" non è quello di negare i diritti degli utenti né di praticare una medicina fredda e disumana ma, al contrario, quello di promuovere una cultura del diritto autentico in campo assistenziale, nell'ambito di un sistema realmente produttivo e autenticamente umano.

Vincenzo Nuzzo, Napoli

1. Nuzzo V. La visione libero-professionale contro la visione "stalinista" dell'ACP. *Quaderni ACP* 1999;6:4,16.

Tre lettere

Nel numero di dicembre del 1999 *Medico e Bambino* pubblica tre lettere: due di queste (quella sul "Movimento Nuovo Pediatra di Famiglia" e quella sulla Pediatria di Comunità della dottoressa Luisa Loffredo), seguite da un commento del professor Panizon che non condivido, e una lettera del dottor Spataro (che condivido ma che non è seguita da alcun commento).

Espongo sinteticamente la mia opinione di vecchio pediatra ospedaliero (fino all'età anagrafica che lo ha consentito) e libero professionista per esigenze esistenziali. Ritengo che i genitori italiani necessitano di una Pediatria di Base diversamente normata dall'attuale; anche se del "Servizio" attuale «la maggior parte dei PdF si è dichiarata soddisfatta, o molto soddisfatta». NB: Chi rammenta l'amara, e divertente, commedia "Il trionfo della medicina" potrebbe intravedere qualche analogia: anche lì il giovane medico condotto era molto soddisfatto.

Vediamo dunque come si realizza la pratica pediatrica, abitualmente, in una grande città e nel suo circondario (cioè le realtà di cui ho esperienza personale).

1. L'accesso alla convenzione con il SSN è consentito a un numero di pediatri "proporzionato" al numero di soggetti assistibili residenti. In conseguenza:

a) il genitore non sceglie liberamente il pediatra e, talora, non può neppure cambiarlo, se non gli garba;

b) in molte aree il PdF sa che, indipendentemente dai propri comportamenti, non potrà perdere molti clienti: chi abbandona il dottor Tizio va da Caio e da Sempronio (se hanno posto); ma chi lascia Caio o Sempronio deve andare da Tizio. Così il circolo si chiude;

c) il genitore che non gradisce nessuno dei tre, poiché deve scegliere un PdF, costituisce per uno di questi una rendita parasitaria.

2. La "scelta" del PdF deve avvenire subito dopo la dimissione del neonato: questo attiva la remunerazione, anche quando, per esigenze reali, o capziose (DRG!), il bambino continua a fruire dell'ambulatorio dell'Ospedale.

3. Quando il genitore stabilisce un rapporto con il PdF scopre che:

a) gli sono destinati periodici controlli ambulatoriali, di solito su appuntamento, e può accedere all'ambulatorio per patologie intercorrenti;

b) il pediatra eseguirà in giornata solo le visite domiciliari richieste entro una certa ora del mattino;

c) le visite domiciliari per problemi insorti dopo questo orarario, e giudicate dal genitore non differibili al giorno successivo, devono essere richieste al Servizio Visite Domiciliari Urgenti;

d) il Servizio Visite Domiciliari Urgenti, interpellato telefonicamente, spesso consiglia di portare il bambino a un Pronto Soccorso ospedaliero, a cui frequentemente il bambino arriverebbe comunque;

e) il medico del Pronto Soccorso di norma invia il bambino in Divisione Pediatrica;

f) in Divisione Pediatrica al bambino spesso viene proposto il ricovero solo perché la diagnosi dovrebbe essere confermata con successive osservazioni (magari dopo 24-48 ore) oppure perché il pediatra di guardia opta per la soluzione più semplice, che soddisfa in genere anche il primario (capita agli insospettabili) e che non lo mette a rischio di errori o sfortune;

g) il bambino subisce un elevato numero di inutili, costose e a volte dannose prestazioni di Pronto Soccorso.

Questo non si verificherebbe quando il bambino è affidato a un pediatra che è normalmente disponibile ed efficiente.

Non è realistica questa descrizione? Se lo è, non la vogliamo radicalmente cambiare?

Faccio alcune ipotesi di cambiamento.

1. Tutti i pediatri che lo chiedono sono convenzionati con il SSN e possono essere scelti dai genitori (anziché dai funzionari del SSN).

2. La remunerazione ha luogo a prestazione, con il contributo sostanziale del SSN e una quota, consistente, a carico dei genitori; esenzione solo per gravi patologie croniche e indigenza.

3. Il PdF è sempre reperibile, salvo quando si fa sostituire (quando e da chi vuole), a sua cura e a sue spese.

4. Ciascun PdF stabilisce per sé l'entità del lavoro cui è disponibile.

5. La correttezza professionale sotto gli aspetti deontologico e tecnico è valutata per campione continuativamente; estemporaneamente a richiesta del PdF o del genitore. Questo a cura di una struttura autorevole e rappresentativa.

6. Il PdF è obbligato (e questo gli è reso possibile) a partecipare responsabilmente alle scelte diagnostiche e terapeutiche che avvengono durante il ricovero ospedaliero.

7. L'attività degli Ambulatori ospedalieri non è sostitutiva né parallela a questa del PdF, ma di tipo consulenziale, a richiesta del PdF o del genitore. Si concretizza in una relazione al PdF, non utilizzabile in convenzione né per la farmacia né per il laboratorio né per gli esami strumentali (attenzione al DRG!), salvo i casi di ineludibile e documentata urgenza.

Che ve ne pare?

Vorrei precisare di non aver alcuna preclusione per la pratica pediatrica intesa come "servizio: così ritengo debba avvenire nei reparti e negli ambulatori ospedalieri, nei quali il concetto di "libera professione" mi sembra artificioso tecnicamente ed eticamente disgustoso: «Ti posso visitare/ricoverare tra giorni, o settimane, nell'ambulatorio/reparto comune; ma subito, come mio privato, solvente in proprio».

Ma il rapporto pediatra/genitori è vitale e produttivo, ai nostri giorni, solo se è del tipo libero-professionale; autentico, però: dunque agli antipodi dell'attuale.

dottor Fulvio Piria, Pediatra
Caronno Pertusella (Va)

Dove va la Pediatria di libera scelta?

Nel Forum di Pediatria on line, di recente, si è aperto un dibattito, dai toni a volte anche avversi, sul ruolo del PdF di libera scelta. Dalle lettere del Forum, e dagli articoli pubblicati su alcune riviste pediatriche italiane (*Medico e Bambino* e *Quaderni ACP*), emergono alcuni elementi che credo caratterizzano la figura del PdF di oggi. Ne emerge una figura, a mio avviso, debole e incapace di far fronte a tutte le richieste "ipertrofiche" e "inutili" che ogni giorno piovono su di lui, un Pediatra che vive con l'ansia e con il timore di essere denunciato dai pazienti, che vuole però migliorare, perché avverte che c'è una caduta di immagine della nostra figura, che vuole strumenti diagnostici nel proprio ambulatorio, strutture esterne più efficienti, che aspira a una pediatria di gruppo o associata, secondo modelli attuati in altri Paesi.

Emerge un Pediatra, infine, che vuole occuparsi soltanto delle cose utili e dei problemi reali, insofferente di tutto ciò che a lui appare come inutile e irrealistico. Non ci deve essere inoltre rapporto umano con i pazienti, niente dialogo, perché queste cose ci rubano tempo: meno visite e più esami di laboratorio.

Emergono paura, ansia, incoerenza, semplicismo: le visite domiciliari sono

«senza fondamento scientifico», però... «le faccio lo stesso perché temo di perdere l'assistito, perché temo di essere denunciato; non le voglio fare per il semplice motivo che non si fanno nei Paesi più evoluti di noi; non posso fare bene il mio lavoro perché faccio le visite domiciliari; non le voglio fare perché c'è traffico».

Il Pediatra moderno non deve quindi essere completo, deve essere soltanto un "tecnico sanitario"; il lato umano della sua personalità non deve avere spazio; la morale uccide la "razionalità assistenziale". Ma, nella nostra professione, quali sono le cose utili e quali le cose inutili, qual è il confine fra scienza e non scienza? Cose per noi inutili potrebbero essere utili per chi ha bisogno, perché chi ha bisogno vede la realtà in modo diverso da chi non ha bisogno. Quali sono i problemi reali dei pazienti? Quali sono le loro reali necessità?

La Pediatria di libera scelta, così come era stata concepita vent'anni fa, doveva essere un modello da imitare, perché era affascinante questa figura di Pediatra globale (Pediatra/amico del bambino, che segue globalmente il bambino dalla nascita fino a quattordici anni e che entra nelle sue intimità tutti i giorni).

Invece no, mi pare che tutto questo non sia accaduto: dobbiamo trasformarci, questo modello non va bene, dobbiamo diventare quello che non possiamo e, credo, non vogliamo diventare. La nostra società è diversa da quella di qualsiasi altro Paese. La visita domiciliare non ha senso solo in quelle società in cui sono carenti le relazioni umane, dove vi è più disgregazione sociale e familiare, dove c'è più isolamento. Noi abbiamo una educazione e una cultura che ci porta ad avere spontaneamente un contatto diverso con il paziente, un contatto più umano, che è fatto anche di ascolto di cose "inutili". E da tutto questo nasce sempre un rapporto saldo e leale, non fine a se stesso, ma dal quale deriva sempre una medicina migliore.

Ecco delineata la crisi della Pediatria di libera scelta, una crisi dovuta «alla cronica e ricorrente tendenza a perdere di vista i propri scopi originari, che sono ancora quelli di curare chi ha bisogno. La medicina (il corpo dei medici) tende anche, invece, a privilegiare se stessa, costruendo un edificio che solo in parte è destinato a curare, e che in parte è diventato, invece, l'edificio del potere» (tutte le citazioni che seguono sono da: Panizon F. Dove va la pediatria. *Medico e Bambino* 1984;9:567-571). Oggi la medicina è diversa da quella di cinquant'anni fa. Non ci sono più malati, ma c'è la «paura della malattia», e i pediatri devono inevitabilmente «occuparsi della salute: non più della morte e della malattia, ma della vita». Un Pediatra che cura, ma che soprattutto rassicura. Questo è il nostro

mestiere oggi: tutto quello che ci sembra inutile, irrazionale e non scientifico fa parte del nostro mestiere. «In realtà, quello che rende il medico una persona diversa, che può parlare di cose della vita e al quale si può parlare della propria vita è il fatto di avere potere su e confidenza con la malattia e con la morte». Ma noi possiamo trasmettere i nostri «messaggi subliminali» soltanto avendo decine di contatti con i nostri pazienti, sia nei nostri studi sia nelle loro case. Dobbiamo parlare, ascoltare, camminare perché il paziente non viene da noi perché «tutto è gratis», come affermano in molti, ma perché è un essere fragile, insicuro, con la paura della malattia e della morte, e che per questo motivo cerca anche e soprattutto conforto e sicurezza.

Soltanto con i contatti frequenti possiamo individuare la malattia o, se la malattia non c'è, come spesso accade, possiamo rassicurare. Non diciamo che questo non si può fare perché non c'è tempo, perché tutti gli errori che facciamo ogni giorno non sono dovuti al poco tempo, ma al disinteresse che spesso abbiamo per il paziente inteso come persona che cerca aiuto.

Questo deve essere il nostro ruolo oggi: quello di medici globali, completi, sia nella salute che nella malattia; questo la gente vuole da noi. Altrimenti saremo destinati a scomparire, e ritorneremo a essere, come vent'anni fa, medici di medicina generale, o diventeremo dipendenti della ASL con mansioni più o meno importanti.

Ma la cosa che io mi chiedo da qualche tempo è questa: le centinaia di colleghi che non scrivono su Forum o sulle riviste di pediatria, ma che lavorano nelle grandi o nelle piccole città, nei grandi o nei piccoli paesi, che fanno le loro ore di ambulatorio e le loro visite domiciliari serenamente (e a cui io sento, per questo motivo, di volere bene) quale opinione hanno di se stessi? Dove va per loro la Pediatria?

Angelo Spataro
Pediatria di famiglia, Palermo

Nuova Sanità e Assistenza all'Infanzia: è l'ora del Pediatra "optional"?

Già 110 anni fa veniva riconosciuto negli Stati Uniti che i bambini non sono adulti in miniatura. Sani o malati hanno il diritto di essere assistiti dai medici che hanno competenza professionale specifica e che li hanno in cura fin dalla nascita: i pediatri.

Ma nel nostro Paese le cose, evidentemente, non vanno così: e con un recente accordo sindacale si è scelto di privilegiare i medici non specialisti rispetto a quelli specialisti nell'assistenza all'infanzia.

La concessione di un "premio" economico ai medici di medicina generale che assumono in cura i bambini al posto dei pediatri non solo infrange una norma di legge che attribuisce in esclusiva al pediatra l'assistenza del bambino sotto i 6 anni di età, ma disconosce di fatto, tra 0 e 14 anni, il ruolo della competenza e della specializzazione pediatrica nell'assistenza ai bambini e agli adolescenti, che verrebbero quindi penalizzati da un punto di vista sanitario.

Il motivo addotto per questa scelta di campo è stato la impraticabilità (ma solo in alcune realtà geografiche) di poter garantire la libera scelta da parte dei genitori in favore del pediatra impossibilitato, per il sovraccarico di assistiti, ad acquisire nuovi pazienti.

Se ciò può essere in parte vero, stante il grande successo dell'assistenza pediatrica in Italia (sempre un maggior numero di famiglie richiede di mantenere il figlio in carico al pediatra fino a 14 anni), la scelta più corretta e rispettosa sarebbe stata quella di programmare una più articolata offerta di pediatri sul territorio, e non di ridurre forzatamente e subdolamente la domanda attraverso un provvedimento ispirato a meri interessi di parte, ma non certo a quelli dell'infanzia.

Prevenzione e terapia erogate dal pediatra di famiglia costituiscono sempre più un'arma di economia sanitaria mirata all'appropriato uso delle risorse, senza la quale aumenta inevitabilmente la spesa per ricoveri, prescrizioni di farmaci ed esami di laboratorio e consulenze specialistiche, oltre che la frammentazione dei percorsi di assistenza al bambino.

Se questo è l'obiettivo del Ministro per la Nuova Sanità, il risultato non potrà certo essere il miglioramento della qualità dell'assistenza, ma la profonda alterazione delle regole e dei meccanismi della concorrenza interna al sistema, a esclusivo danno dell'età evolutiva.

Ancora una volta un calcolo non certo orientato al migliore interesse degli utenti ha prevalso sulle reali motivazioni sanitarie e professionali in favore dell'infanzia.

Roberto Marinello
Segretario F.I.M.P. Lombardia

Roberto Burgio
Presidente Commissione Deontologica
Società Italiana di Pediatria

Ancora una volta, su questo schermo, Nuzzo e Spataro, l'uno all'insaputa dell'altro, forse stanchi anche loro dell'esser diventati simboli di due avverse visioni della pediatria; in più Piria, che condivide una lettera di Spataro, ma che vede la professione

in maniera, mi sembra, vicina a quella di Nuzzo. Infine la lettera di Marinello e Burgio, che aggiunge un nuovo tassello al mosaico delle opinioni, dei sentimenti e delle tentazioni liberistiche che ruotano attorno alla Pediatria di Famiglia.

Nuzzo vuol fare lo specialista con libero-professione protetta (difficile da regolamentare e difficile da ottenere per contratto), mentre giudica "imprudente" la scelta di aver assimilato il PdF al MMG (ma c'era un'altra scelta possibile? solo quella di non istituire i PdF, mi sembra); Spataro ama quelle cose che Nuzzo odia; Piria pensa che i medici che sono contenti della loro professione lo siano alle spalle dei loro pazienti, e propugna una versione liberistica, non protetta, della Pediatria di Famiglia.

C'è il problema della clientela; certamente troppo esigente, o troppo dipendente, o troppo viziosa; ma altrettanto certamente resa tale dagli stessi medici che se ne lamentano (o dal sistema medico: fa tanta differenza? e altrettanto certamente esigenti, dipendenti e viziosi, e qualche volta trascurati), in maniera assai diversa da un posto rispetto a un altro, da un medico rispetto a un altro medico.

Il mondo è vario; le persone sono diverse; nessuno può essere costretto a pensare come un altro e nemmeno può costringere gli altri a pensare come lui, né credere seriamente che la ragione sia solo dalla sua parte; e anzi deve riflettere sul fatto che altri la pensano diversamente. Non intendo dire che una scelta è equivalente all'altra; solo che le scelte politiche sono state fatte, che non possono cambiare da un momento all'altro, che cambieranno invece, inevitabilmente, anche da sole, sotto la spinta dei sentimenti, delle opportunità, del volere anche inespresso della società; e certamente, anche dei rappresentanti sindacali e del rinnovo dei contratti nazionali (finché ci sarà un SSN).

Il bisogno che ne emerge, e il progetto contenuto nella istituzione stessa del PdF, è quello di avere, come dice Spataro, un pediatra per amico. Un bisogno che deriva anche da un mondo troppo ricco di informazioni, e di informazioni contraddittorie. L'amicizia tra medico e paziente è forse difficile; forse tocca più al medico che al paziente trovare la strada di questa amicizia.

Io penso che ognuno metterà nel suo mestiere le sue caratteristiche; Nuzzo farà il pediatra alla Nuzzo, Piria alla Piria, e Spataro alla Spataro. L'unica cosa importante è che lo facciano onestamente, nei riguardi di se stessi, degli assistiti e del contratto dal quale ricavano ragione e mezzo di vita.

Io credo, alla fine, che questo parlare appassionatamente del proprio mestiere sia un buon segno; un segno di salute.

F.P.