

ECM e autocertificazione di assenza di conflitto di interessi

“Il conflitto di interessi è ubiquitario. Editori, autori, revisori del *Lancet* hanno tutti conflitti di interesse che possono produrre bias in ciò che pubblichiamo...” è scritto nel Commentary del primo numero di quest'anno del *Lancet* (2004;363:2).

La legge finanziaria 2003 (24 novembre 2003, n° 326) all'art. 48 comma 25 recita che “La procedura di attribuzione dei crediti ECM deve prevedere la dichiarazione dell'eventuale conflitto di interessi da parte dei relatori e degli organizzatori degli eventi formativi”.

Contemporaneamente la Commissione nazionale per la formazione continua, nella riunione del 20 novembre, resa visibile sul sito www.ecm.sanita.it il 5 dicembre successivo, informava dell'obbligo della dichiarazione “dell'eventuale conflitto di interesse” di relatori e organizzatori, questi ultimi essendo tenuti alla raccolta e alla conservazione delle relative autocertificazioni, passate e future, pena la invalidazione o la non attribuzione dei crediti.

La prima scadenza del 31.12.2003 è stata poi spostata - per l'oggettiva difficoltà di poter raccogliere tutta la documentazione in soli 26 giorni - al 28.2.2004. In mezzo a tutta questa confusione e all'ansia di raccogliere, inviare e conservare gli atti, si è forse persa di vista la natura e i perché della cosa: cosa si intende, intanto, esattamente per conflitto di interessi in campo medico?

Il dibattito si è sviluppato negli ultimi anni su tutte le più importanti riviste mediche internazionali, in particolare *BMJ*, *NEJM*, *JAMA* e *Lancet*: è chiaro che esiste un conflitto tra l'interesse (e il diritto) di un ente qualsiasi a valorizzare gli effetti positivi di un farmaco o di un tipo di intervento, e il diritto (e l'interesse) della persona a cui arriva il messaggio di ottenere la maggiore oggettività possibile dell'informazione. Il compratore di una lavatrice o di un antibiotico si fida e non si fida della propaganda della ditta. Ma, se la propaganda viene fatta “occultamente” da un ricercatore-divulgatore non estraneo agli interessi della ditta, cosa che è più facile in medicina che con gli elettrodomestici, questo diventa censurabile. Gli interessi occulti, anche marginali, in un sistema ineccepibile, devono galleggiare.

Sembra invece che da noi in Italia, almeno in ambito ECM, dichiarando che, se c'è il conflitto, l'evento non potrà essere accreditato, si sia scelto di favorire il nascondere piuttosto che l'emergere dell'eventuale conflitto.

Sentivo il bisogno di chiarimenti. L'Ordine dei Medici mi ha assicurato che non esiste una chiara normativa sul conflitto di interessi. Ho telefonato allora per una mat-

tina intera al Ministero della Salute, alla segreteria ECM, e mi è stato risposto in maniera sgarbata che c'era l'ordine di non dare risposte telefoniche sul conflitto di interessi: che inviassi una e-mail o un fax, e ho fatto entrambe le cose.

Ho presentato il seguente scenario: io provider (cosa che in effetti sono) devo organizzare un evento in cui un relatore dichiara il conflitto di interessi perché un familiare ha una ditta di elettromedicali e un altro ha svolto delle ricerche finanziate da un'azienda farmaceutica.

Non ho ricevuto alcuna risposta e sono ormai passati alcuni mesi.

Io resto con i miei dubbi: cosa vuol dire esattamente conflitto d'interesse? Una cena o un congresso offerti? La sponsorizzazione di una ricerca? Il possedere azioni di una azienda farmaceutica? E se è vero che il conflitto è ubiquitario, com'è che non compare mai? E cosa comporterebbe una onesta esplicitazione? Apparentemente il mancato accreditamento dell'evento. Non sarebbe sempre meglio la trasparenza? Non basterebbe che il relatore di un evento ECM esplicitasse il suo possibile e non necessariamente economico “interesse”? Non c'è qualcosa di diseducativo, di formalistico, di farisaico, in questo sistema di autocertificazione? E se c'è un colpevole, come verrà smascherato?

L'argomento sembra top secret per la segreteria ECM.

E io stesso che scrivo, sono veramente in assenza di conflitto di interessi? Boh?

Speriamo che ne nasca un dibattito nel mondo scientifico italiano, analogamente a quanto avvenuto nei Paesi anglosassoni, anche se se ne colgono solo sparute avvisaglie!

Fabrizio Fusco, Vicenza

In verità, tutto il sistema della certificazione e dei crediti meriterebbe di essere rivisto. Dobbiamo riconoscere che molti di noi, anche di fronte al (perdurante) eccesso di manifestazioni, hanno richiesto sia l'attivazione del sistema dei crediti sia la costruzione di un sistema di controllo (ricordo una perorazione del dottor M. Fontana a “Confronti in Pediatria”). Non era difficile prevedere burocratizzazione e formalismo. Forse però è meglio che niente. O forse no. Meglio sarebbe mettercela tutta per migliorare e far migliorare. Ma anche questo è più facile da dire che da fare.

F.P.

Efficacia delle cure termali

Sul numero 2/2004 è apparsa la lettera del dottor Alberto Neri, che chiedeva

informazioni e prove di efficacia delle cure termali. La risposta, autodefinita “un po' ignorante e un po' arrogante”, confessava (anzi denunciava) l'incapacità di fornire una risposta obiettiva e concludeva dicendo che “probabilmente le terapie termali fanno bene, peraltro in malattie irrilevanti e mai in maniera radicale”.

Noi riteniamo di poter darvi informazioni precise e attendibili sugli effetti della terapia termale nei bambini. Tutto quanto segue è ampiamente documentato da una numerosa serie di pubblicazioni scientifiche che tengo a vostra disposizione qualora volette prenderne visione.

Cominciando dall'apparato respiratorio, la nostra pluriennale esperienza ci permette di affermare che tutte le mucose rivestenti l'apparato respiratorio traggono beneficio dalla terapia termale nei casi di riacutizzazione o cronicizzazione di processi infiammatori di tipo cronico (rinite cronica, rinosinusite, faringolaringiti, tracheiti, catarro tubarico con conseguenti episodi di ipoacusia trasmissiva talvolta anche gravi, da un punto di vista audiometrico).

Il restante apparato respiratorio (trachea, bronchi, polmoni) trae anch'esso beneficio nel coadiuvare preventivamente e quanto si ottiene dalla frequentazione delle terme di Sirmione sotto la valida guida dei nostri specialisti broncologi. Siamo senz'altro del parere e “non certo per ragioni clientelari” di poter affermare tutto quanto sopra scritto con particolare riferimento al piccolo malato.

Ritengo di aver esaurientemente, anche se brevemente, risposto alle problematiche segnalate e comunque resto a sua disposizione per ulteriori approfondimenti qualora necessari.

Gianluigi Scollo

Direttore Sanitario delle Terme di Sirmione

E io resto in attesa della documentazione relativa e garantisco che ne darò sintetica ma esauriente e obiettiva comunicazione ai lettori.

F.P.

Fenospen

Ho letto sulla rivista dell'andamento delle resistenze batteriche in Danimarca e non ho potuto che rimpiangere la fenossipenicillina G che, per via orale, permetteva di risolvere perfettamente e selettivamente il problema della terapia della faringotonsillite streptococcica e anche quello della profilassi secondaria della infezione streptococcica.

Possibile che non si possa fare qualcosa per far ritornare in commercio questo

farmaco che ha ancora una sua indicazione specifica ed è ancora in commercio in altre nazioni (a me risulta in Austria in varie comode forme farmaceutiche)?

Giovanni Montesanto
UO di Pediatria, Mestre-Venezia

Il mercato è il mercato e, se il farmaco è uscito dal mercato, è perché i pediatri non lo hanno mai prescritto e i bambini lo hanno poco amato per la qualità della sua confezione. Condivido il Suo punto di vista sulla preziosa selettività della penicillina. Ma il mercato è fatto da tutti noi.

F.P.

Ah, pediatria, pediatria!

Pediatria di base, Associazione Culturale Pediatri, la stessa rivista *Medico e Bambino* sembrano sollecitare una fase di autoriflessione.

Partecipo in ritardo, avendo potuto scorrere solo di recente gli ultimi numeri; e in gran parte dall'esterno, non essendo né pediatra di base né associato all'ACP.

Medico e Bambino: mi sembra un po' meno vivace di un tempo. Si tratta, penso, di un momento "fisiologico". Quanto era utile trasmissibile è stato ormai in gran parte già trasmesso. Il resto è superspecialità. Occorre ancora un po' di sedimentazione e poi tecnologie avanzate, citogenetica, biologia molecolare, immunologia di alto livello, ecc. diventeranno pane quotidiano. E così le pagine della rivista saranno vivaci e fruttifere.

Le "pagine gialle" già mettono un piede nella "superspecialità"; forse trovano meno spazio "domande e risposte" e talvolta trovo un po' narcisistici i "casi indimenticabili"; sono personalmente refrattario alle "pagine elettroniche" (ahi, l'età) e spesso non interessato a "Oltre lo specchio". Infine, non capisco a cosa servano le "pagine bianche".

Pediatria di base: in complesso mi sconcerta. Non è una scoperta. Nei trascorsi anni '50-'60 l'INAM (la mutua di allora) di Milano assegnava a ogni famiglia un medico generico, un ginecologo e un pediatra: 24 ore su 24, festivi compresi. I bambini erano molti di più, si ammalavano anche di più e non venivano catapultati in ospedale al primo starnuto. Nata la pediatria di base, mi sono subito iscritto. Dopo 48 ore l'ho rifiutata, disgustato per l'immediata sensazione di dequalificazione e sfruttamento. Eccesso di suscettibilità? Ora, parlare di fallimento, come fa qualche collega, è troppo; però, forse, qualcosa va rivisto. Gli ambulatori dei pediatri convenzionati sono sempre pieni, ma so-

no anche frequentatissimi a tutte le ore i Pronto Soccorso ospedalieri. C'è una medicalizzazione estrema, si ricovera più di prima e tra ticket, degenze, farmaci, ore da pagare al personale e visite da pagare al pediatra "non della mutua", ci vogliono più soldi. Il tutto per bambini che, almeno per l'ottanta per cento, non hanno niente. E, dall'altra parte, l'utenza trova sovente di che lamentarsi, con le motivazioni più varie.

Collaborazione tra più pediatri: potrebbe avere una realizzazione pratica e utile se un gruppo di professionisti si organizzasse in turni di reperibilità festiva e notturna e nei periodi di ferie, come avviene in ospedale. Per il resto chi ha mai visto un medico disposto a condividere con un collega anche un solo centimetro cubo di un proprio paziente?

Associazione Culturale Pediatri: non l'ho seguita molto e forse ne parlo a sproposito. È ottima per l'aggiornamento capillare vicino a casa e come pungolo all'impegno. Qualcuno, però, comincia a percepire una specie di isolamento, e la tendenza a costituire un nuovo "centro di potere". Non so. Personalmente immaginerei:

1. Più stretti rapporti con la SIP, specie a livello di sezioni regionali.
2. Un'azione incisiva per il recupero delle vaccinazioni.
3. Maggiore serietà, impegno, selettività, finalizzazione, austerità nei Corsi e nei Congressi.
4. Presa in carico di problemi relativi ai disturbi del comportamento, all'adolescente in genere, ai rapporti sociali e familiari, allo sport, alla maturazione psico-emotiva del bambino e del ragazzo e stimolo sulle scuole di specialità a dedicare a questi problemi lo spazio che meritano.

Grazie a Dio mi mantengo sulla breccia da quasi cinquantacinque anni e ho ancora voglia di coinvolgermi, per quanto posso, nella vita professionale. Probabilmente, oltre che retrodatato, sono diventato un po' acido. Me ne scuso.

Liborio Serafini, Busto Arsizio

Grazie di questi commenti, a cui non aggiungeremo un commento nostro (sarebbe di troppo). Il panorama della pediatria italiana - questo e altri interventi e proposte ce lo mettono continuamente davanti agli occhi - è sottoposto a scosse di assestamento. Medico e Bambino spera di riuscire a esserne non solo interprete, o almeno cronista fedele, ma anche, marginalmente, strumento dei naturali, inevitabili cambiamenti.

F.P.

No grazie, pago io!

Informiamo *Medico e Bambino* della nascita di un gruppo italiano sul tema dei conflitti di interesse tra industria e salute.

Siamo partiti in pochi nel marzo di quest'anno e ci ritroviamo alla fine di giugno in 76 tra pediatri (tanti dell'ACP), medici di medicina generale, neolaureati, ospedalieri, ostetriche, infermieri, psicologi, epidemiologi, igienisti, ricercatori universitari, della *Cochrane collaboration*, dell'ISS, di Agenzie Sanitarie regionali e dell'OMS.

Il gruppo si chiama "No grazie, pago io!" e si è ispirato ai "No free lunch" newyorkesi (www.nofreelunch.org) con i quali siamo in contatto.

Possono aderire operatori sanitari di qualsiasi ambito, ma anche professionisti non della Sanità o gruppi di cittadini. Le nostre regole di comportamento sono molto restrittive: non accettiamo nessun regalo da parte delle ditte, da quelli di minor valore (gadget, biro ecc.) a quelli più onerosi (libri, pagamento di iscrizioni a congressi, vitto, alloggio, viaggi ecc.) e neppure la sponsorizzazione di eventi formativi o materiale informativo.

Oltre all'impegno personale, vorremmo rendere più visibile un problema che ci sembra aver raggiunto dimensioni e caratteristiche preoccupanti. Non sembra un caso, ad esempio, che il progressivo e vistoso aumento degli investimenti dell'Industria nella promozione vada di pari passo con la crescita delle prescrizioni di farmaci (per lo più improprie) con tutto ciò che ne consegue.

Anche il mondo dell'editoria e della ricerca scientifica manda segnali di allarme. Dall'editoriale, comparso nel 2001 sul *New England Journal of Medicine* (2001;345:825-27), che denunciava la sempre maggior ingerenza dell'Industria nella ricerca, fino alle ultime vivaci discussioni all'interno della *Cochrane collaboration* (*BMJ* 2003;327:924-26) e del *NIH* di Bethesda (*N Engl J Med* 2004;350:327-30) sull'indipendenza dei ricercatori.

Su questo aspetto, così come sull'indipendenza della formazione, esistono diverse proposte, alcune già in atto e altre solo ipotetiche, che intendiamo approfondire.

Nonostante le ampie evidenze, molti ancora non credono possibile l'influenza della promozione dell'Industria sul comportamento dei singoli medici, di gruppi o delle stesse Istituzioni. Per questo uno dei compiti che ci siamo dati è raccogliere e diffondere documentazione. Dopo la metà di luglio sarà attivo il nostro sito web www.nograziepagio.it dove, oltre al "manifesto" che motiva e descrive gli impegni, sarà disponibile la documentazione raccolta e i link con i siti web di maggiore interesse sul tema. Abbiamo in programma

anche un incontro a settembre per approfondire i contenuti del nostro manifesto e ascoltare alcuni di noi che ci illustreranno le evidenze di letteratura, le violazioni dei Codici Internazionali e il rapporto tra mercato e salute nel mondo. Non pensiamo che il nostro modo di affrontare il problema dei conflitti di interesse - peraltro molteplice e complesso - sia il migliore o l'unico possibile, ma soltanto il nostro.

Chi desidera ulteriori informazioni può scrivere a: luisella@tin.it.

Luisella Grandori, Modena

Errata corrige 1

Dopo aver letto i "Ricordi scordati" del prof. Panizon sul numero di giugno 2004, e che ha fatto rievocare, tra l'altro, i tanti eponimi che ai giovani medici suoneranno certamente poco familiari, vorrei osservare, per quanto riguarda la malattia di Filotow-Duke, che sia da catalogare come la quarta malattia e non, come indicato nell'articolo, la quinta, che dovrebbe invece corrispondere al megaloeritema infettivo da Parvovirus B/19, malattia che resta tuttora in circolazione, disegnando sul tronco "il più bello e artistico degli esantemi che la natura abbia dipinto sulla cute umana".

Ilario Attisani, Locri (RC)

Come sempre il dottor Attisani ha ragione. E io non guarirò mai.

F.P.

Errata corrige 2

Caro prof. Panizon, ti ringrazio per la pubblicazione della mia lettera sul problema dell'adolescente nel numero 6/2004 di *Medico e Bambino*, nonché per il tuo commento, come al solito condito da utopistiche (?) e concrete proposte (chi se li ricorda più i Dipartimenti materno-infantili nella forma in cui forse entrambi li immaginavamo?). Senonché alla pagina 358, riga 7, c'è un "non" di troppo che rovescia il senso della frase che chiaramente intendeva essere di segno positivo per la fattispecie cui si riferiva.

Nella circostanza (e mi riferisco al tuo articolo sui "Ricordi scordati") permettimi un invito: non definirti più un "pensionato ozioso"! Sarai magari ozioso operativamente. Ma non di certo nello scrivere.

Credo tu debba dire grazie al Padre Eterno.

Claudio Pototschnig, Milano

Sì, caro Claudio: ringrazio il Padre Eterno e ti chiedo scusa per l'errore. In verità mi pare (il che è lo stesso) non che ci sia un non di troppo, ma credo che manchi un "non". È scritto, nel testo pubblicato, che "questa (la figura del pediatra) non può essere ritenuta preziosa nel caso di soggetti affetti da malattie croniche ...", mentre tu scrivevi (o volevi scrivere) "non può non essere ritenuta preziosa ...".

Ritengo doveroso questo "errata corrige" ma credo che l'abbiano fatto automaticamente anche i lettori e che il senso del tuo pensiero non sia stato, malgrado tutto, frainteso.

Tu pensi, se ho ben capito, che il rapporto privilegiato tra pediatra e adolescente valga soprattutto nelle malattie croniche e per i casi (10%? del totale) per i quali, comunque, alcune eccezionalità di rapporto abbiano prodotto una empatia particolare. Se è così, e difficilmente il contesto consente altre letture, io concordo pienamente con te (ma è solo un "io credo") che questo famoso rapporto di continuità, certamente vero ma certamente, e un po' capziosamente, sopravvalutato valga solo per una piccola percentuale degli assistiti e che l'immortalizzazione del rapporto di affettuosa fiducia o di fiducioso affetto non possa essere la regola.

F.P.

Pediatria e adolescenza

Mi inserisco nel dibattito su pediatria e adolescenza che, da qualche anno, occupa un importante spazio culturale e dialettico su *Medico e Bambino*.

È da circa dieci anni che la pediatria di famiglia si interroga sul suo ruolo culturale e assistenziale nei riguardi dell'adolescente che, sempre più frequentemente, affrisce ai suoi ambulatori. Questo interesse, trasformatosi negli anni anche in risultati assistenziali (passaggio da 12 a 16, anche se parziale e limitato a particolari situazioni, dell'età di competenza pediatrica), non si è ancora trasformato in una acquisizione stabile del diritto a poter assistere il nostro paziente per tutta la delicata fase dello sviluppo adolescenziale.

E ciò a fronte della situazione più favorevole della pediatria ospedaliera dove la possibilità reale di poter garantire una continuità delle cure fino al termine dell'età evolutiva è, in molte parti d'Italia, un risultato generalmente acquisito. Sappiamo tutti le difficoltà "politiche" di affermare la competenza pediatrica nelle cure primarie fino a 18 anni. Sappiamo benissimo le difficoltà "organizzative e contrattuali" di estendere a nuove coorti di soggetti

un'assistenza specialistica di base nata 25 anni fa per coprire esigenze più limitate e trasformatasi poi in un successo assistenziale e culturale dalle dimensioni assolutamente imprevedibili.

Ma sappiamo anche che "la pediatria dello sviluppo" è branca che, per sua naturale e inarrestabile tendenza, cresce, si modifica e cerca obiettivi sempre nuovi e ambiziosi, così come il neonato diventa bambino, il bambino diventa adolescente e l'adolescente diventa finalmente adulto, e nessuno può arrestarne l'evoluzione.

Condivido solo parzialmente l'analisi di Pototschnig quando dice che solo alcune situazioni clinico-relazionali trarrebbero giovamento da un prolungato rapporto assistenziale pediatra-adolescente. Perché limitare l'efficacia e la continuità del rapporto tra pediatra e ragazzo, quando il pediatra si è guadagnato la fiducia dell'adolescente, quando il pediatra è la memoria sanitaria del suo paziente, quando il pediatra conosce la famiglia e l'habitat sociale dell'adolescente e può immediatamente mettere in relazione segnali clinici, psicologici con situazioni psicosociali e ambientali che ben conosce? Senza dimenticare il sostegno che il pediatra può dare ai genitori che sono sempre più in difficoltà a capire, accettare e affrontare le trasformazioni fisiche e psicologiche del proprio figlio che cresce. Quindi, se siamo in un regime di libera concorrenza tra pediatra di famiglia e medico di medicina generale (già a 6 anni e 1 giorno il bambino può passare dal pediatra al medico di medicina generale), se condividiamo le enunciazioni delle principali Istituzioni Sanitarie Mondiali sul concetto di età pediatrica, operiamo in maniera chiara e coerente: definiamo l'età massima di competenza non esclusiva del pediatra sull'adolescente (18 anni), così come è generalmente accettato per le cure ospedaliere, e lasciamo che siano gli adolescenti a scegliere il loro medico curante anche attraverso modalità specifiche di informazione e consenso che coinvolgano direttamente l'adolescente e lo responsabilizzino (assieme al medico, ovviamente) nel percorso assistenziale, lasciando la famiglia in posizione di "attore non protagonista".

**Roberto Marinello, Pediatra di famiglia
Responsabile del Settore Adolescenti
Centro Studi FIMP**

La mia risposta è contenuta nella risposta a Pototschnig ma, in sostanza, non sono in disaccordo nemmeno col Suo discorso che è molto largo, libero, possibilista.

F.P.

MMG e PdF

Non so se altri miei colleghi se ne siano accorti - alcuni di certo sì - che da qualche mese hanno, tra i nuovi assistiti, anche nuovi-nati. Non so tuttavia cosa ne pensino e come si sentano quelli della mia "era". Ho 50 anni, faccio il medico di medicina generale (MMG) da 24 anni (ancora mi piace esserlo, nonostante tutto) e sono mamma di una bimba di 11 anni.

Qualche mese fa un mio assistito mi chiamò per chiedermi cosa fare. Era preoccupato: il suo piccolino, appena portato a casa, nato 5 giorni prima continuava a piangere e forse non riusciva a fare la cacca ... Gli feci gli auguri e gli chiesi come mai non si fosse rivolto al pediatra. «Ma dottoressa, il bambino abbiamo dovuto iscriverlo con Lei. Ci hanno detto che i pediatri non ci sono».

Mi viene in mente un'altra telefonata di un altro papà, circa dodici anni fa. Mi annunciava la nascita del secondogenito: «Ma dottoressa, abbiamo dovuto scegliere il pediatra»...«Bene - dissi - passerò comunque a salutare la mamma e conoscerò il bimbo», così come facevo e continuo a fare.

Nessuno si era preso la briga di avvisarci di quello che succedeva sul territorio. Ora ci risiamo. Allora sarà vero, siamo proprio come qualcuno ci ha definito: la "folle". Non serve a niente, ma per cambiare la marcia, bisogna passare per essa.

Amo i bambini (conservo ancora i disegni di quelli che ora sono ormai laureati!); leggo da sempre con interesse e curiosità la rivista *Medico e Bambino*; probabilmente riesco a discernere se per una patologia posso fare da sola la diagnosi o devo chiedere aiuto (so che *to-care* è un'altra cosa); non so fare i bilanci di salute ...

Mi chiedo e vi chiedo se va bene così e se, soprattutto, sia giusto che debbano essere i genitori a informarci, ora un po' delusi giustamente, di dover tornare indietro. Chiedo scusa, forse la lettera dovrebbe essere spedita all'Azienda n 4 o al SSN?

Elisabetta di Giovambattista
Distretto di Tarcento, Udine

Sembra inevitabile che il numero dei pediatri si debba restringere negli anni futuri. Questo fa parte dell'evoluzione che in un modo o nell'altro modificherà il mercato della salute pediatrica (mi secca parlare sempre di mercato; forse è diventata la mia malattia ma è pur sempre una questione di domanda e di offerta). L'iniziativa della SIP che pubblichiamo qui a lato è un tentativo parziale di risposta a questi problemi.

F.P.

La posta di Medico e Bambino ha registrato, nella prima metà di quest'anno, un numero consistente di interventi di colleghi, specialmente pediatri di famiglia, riguardanti necessità e possibilità di riorganizzazione e cambiamento nella erogazione delle cure al bambino. Mi sono permesso di inviare il materiale relativo sia al Ministro della Salute, che al Presidente della SIP, che ai Presidenti della FIMP e della ACP. Indipendentemente da questa iniziativa di Medico e Bambino, che comunque testimonia della esistenza di inquietudini, bisogni, esperienze, la nuova Presidenza della SIP e l'Assemblea dei Presidenti di Regione hanno deciso di attivare uno studio oggettivo, tecnico, scientifico delle esperienze che qua e là, in maniera autonoma, sono già maturate nelle varie realtà, a livello di ASL e/o di Pediatria di gruppo.

Siamo felici di presentare questa iniziativa, augurandoci una partecipazione diffusa, che passi attraverso le Presidenze Regionali, elettivamente rappresentative delle singole realtà e naturalmente a conoscenza dei movimenti che si verificano nelle relative sedi. Riteniamo che questa ipotesi possa essere vissuta anche dai singoli pediatri di famiglia e ospedalieri, e dalle Associazioni locali o nazionali; e che venga promossa e discussa nel corso delle attività regionali SIP, attività di cui ciascun Presidente è direttamente responsabile e che non dovrebbero essere limitate alla sola funzione di aggiornamento.

F.P.

SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA

PROGETTO DI RICERCA SULLA INTEGRAZIONE DELLE FUNZIONI DEGLI OSPEDALI DI RETE E DEI PEDIATRI DI FAMIGLIA

Premessa: l'evoluzione dello stato di salute della popolazione pediatrica e la riduzione prevista del numero dei pediatri nella misura di 400/anno (una media che non tiene conto delle disomogeneità inter-regionali) suggeriscono di affrontare il problema della integrazione tra le funzioni pediatriche assicurate dagli ospedali di rete e dai pediatri di famiglia, in una prospettiva di ricerca nel breve termine e di applicazione nel medio-lungo termine.

Obiettivo: misurare gli effetti di soluzioni organizzative sperimentali su indicatori di processo (attività e risorse utilizzate) e di esito (risposta ai bisogni di salute della popolazione pediatrica, soddisfazione degli utenti e degli operatori).

Metodo

1. Censimento e analisi delle soluzioni organizzative già adottate in aziende territoriali diverse, in conseguenza delle necessità di adattamento delle risorse disponibili o dei bisogni di salute (esempio: funzioni di pediatri di famiglia svolte dai pediatri ospedalieri, inserimento dei pediatri di famiglia in attività ospedaliere, sviluppo di progetti specifici su bisogni di salute speciali, sussidiarietà reciproca tra ospedale e pediatria di gruppo).

2. Workshop di analisi dei modelli sperimentati e descritti ed elaborazione di modelli di integrazione, adatti a una sperimentazione prospettica con raccolta di indicatori di processo e di esito.

3. Elaborazione e valutazione di indicatori di risultato, sulle attività proprie delle funzioni da integrare in fase sperimentale (per esempio: copertura vaccinale, tassi di ospedalizzazione e appropriatezza, prevalenza di diagnosi di patologie croniche, consumo di farmaci ecc.).

4. Promozione di incontri nell'ambito delle Sezioni regionali della SIP su questo tema.

Gruppo di lavoro: viene costituito un gruppo di lavoro tecnico, composto da pediatri di famiglia e ospedalieri motivati ad affrontare il tema. Questo gruppo di lavoro nasce nella Assemblea dei Presidenti regionali SIP e condividerà i risultati della ricerca sia col Gruppo di studio di pediatria ospedaliera sia col Gruppo delle cure primarie. Il suo coordinatore relazionerà periodicamente il Comitato Direttivo della SIP.

Avvio dell'attività

- sono stati identificati i partecipanti al gruppo di lavoro, e l'insediamento del gruppo con distribuzione dei compiti ai fini del censimento avverrà in occasione del Congresso Nazionale della SIP a Napoli;

- completamento del censimento, sulla base dei contributi che perverranno da parte delle persone interessate al problema. Si invitano tutti i pediatri che credono nella iniziativa e che abbiano già fatto o abbiano in corso esperienze di lavoro collaborativo e/o di integrazione operativa ospedale-territorio a darne relazione al gruppo.

Per chiarimenti e per comunicazioni scrivere al Coordinatore designato:

dino.faraguna@ass2.sanita.fvg.it

Il Presidente della SIP
Giuseppe Saggese