

Nuova Pediatria di Famiglia

Negli ultimi mesi, e specie in seguito all'approvazione del decreto Bindi, si è formato un movimento di opinione e di iniziativa dal nome "Movimento Nuova Pediatria di Famiglia", con la partecipazione di pediatri e medici di famiglia, e con lo scopo di affrontare il problema non più differibile della chiara definizione del ruolo del medico di base (MdB) nell'ambito del SSN, in modo da risolvere problemi organizzativi che impediscono sia al medico di famiglia (MdF) sia al pediatra di famiglia (PdF) di esplicare al meglio le loro potenzialità professionali.

I costituenti il movimento si sono pronunciati a favore dei seguenti principi generali:

□ rivendicazione del ruolo essenzialmente libero-professionale del MdB/PdB, cioè di professionista "contrattato" dalla comunità, cui egli mette a disposizione competenze e strutture, e cui la comunità concede un "credito" assistenziale illimitato, in quanto testimoniato dal suo curriculum professionale;

□ rimozione degli ostacoli istituzionali, culturali e amministrativi, che inducono la persistenza di uno scorretto rapporto medico-paziente e di una distorta cultura della salute e dell'utilizzazione delle risorse sanitarie, fattori che insieme determinano un modello assistenziale contrassegnato dall'esercizio di una medicina impersonale, focalizzata sul "minimo", e in cui è assente una vera scelta responsabile del medico;

□ promozione e individuazione di strumenti istituzionali che garantiscano l'esercizio di un'attività professionale orientata primariamente alla qualità, all'efficienza e all'efficacia, nell'ambito di una cornice dignitosa per l'operatore, e svincolata da scopi di assistenziato sociale, che sono da trasferire alle sedi opportune.

In riferimento ai principi sopra concordati con i MdF, i PdF aderenti al Movimento auspicano una serie di riforme strutturali che definiscano e ottengano finalmente per il PdF:

□ un ruolo specialistico e libero professionale del PdF, nel panorama della MdB, al di fuori di ogni controllo, finalizzazione o verifica orientata a scopi e strategie centralistiche, ma in esclusivo ossequio ai vincoli della deontologia professionale, dell'etica e delle leggi vigenti;

□ il diritto di esercitare con lo scopo primario dell'efficienza e della qualità delle prestazioni, e di adottare liberamente tutti i provvedimenti organizzativi necessari a tale scopo (selezione della domanda), con l'opportuno attivo appoggio da parte degli enti "contrattatori";

□ un ruolo primario di terapeuta principa-

le del bambino, non deputato esclusivamente alla selezione di patologie da smistare ma alla gestione in prima persona dei problemi del bambino e della famiglia;

□ un ruolo di "iniziatore" del sistema assistenziale, e non di relè finale di un sistema centralizzato e discendente, il cui fulcro è nell'intimità del rapporto medico-paziente e medico-genitore utente e non nella partecipazione a programmi centralizzati, nell'ambito di una strutturazione territoriale complessiva non gerarchica e di carattere multicentrico;

□ la "neutralità" del luogo assistenziale gestito dal PdF rispetto alle scelte politiche della comunità inerenti all'aspetto finanziario e retributivo, nel senso di patrimonio strutturalmente e politicamente indipendente di risorse disponibili, e quindi "acquistabile" da parte di qualsiasi ente finanziatore.

Il documento in stesura integrale è disponibile nell'ambito del Forum di Pediatria Online ospitato nel sito www.pediatria.it.

I sottoscrittori auspicano un'ampia presa di coscienza e mobilitazione di MdF e PdF perché, in occasione delle prossime trattative di rinnovo, non si firmi alcuna convenzione che non soddisfi le esigenze delineate nel documento.

Sottoscrittori al momento attuale:

Vincenzo Nuzzo, Michele Fiore (NA); Angelo Adorni, Giorgio Gazzola (PR); Giovanni Di Fuccia, Gianfranco Trapani (IM), Antonello Carnevali (Umbria); Monica De Angelis, Donatella Gioia, Massimiliano Maria Dozzi (MI); Marco Vescovi (PA); Lando Barberio (Sanremo); Luigi Stocco (VE); Pippo Gullotta (CT); Mario Fiscella, Alberto Ferrando (GE)

Sandro Paparone (ME); Luigi Nigri, Antonio Brizzi, Pasquale Mastronardi, Giulio Marchio (BA); Isaia Lando (BG); M. Grazia Zanelli, Valerio Moschettini, Marco Zucchini (RA); Gianni Marmi, Tiziano Dall'Osso, M. Cristina Spano (BO); Attanasio Samaras, Alfeo Bondioli, Alessandro Adani, Rezkallah Hannoush, Carlo Marchi, Laura Malmusi (MO); Renato Basile (TA); Pier Luigi Vasarri, Antonio Lepore (CE); Marco Zanette (TV); Carla Ferrari (PC); Lanfranco Loretano (TN); Renato Sansone (AV); Elio Giuseppe (BS); Alessandro Capineri, Domenico Borri Brunetto (Biella); Lorena Loschi (UD)

Milano, 14 ottobre 1999

Pubblichiamo volentieri questa lettera, anche senza capirla del tutto. Non essendo abili a navigare in Internet, abbiamo chiesto lo statuto, forse con troppo poca convinzione; fatto sta che non lo abbiamo avuto, né lo abbiamo avuto dopo averlo richiesto

direttamente al dottor Nuzzo, che non mancherà, sono sicuro, di chiarire i dubbi nella risposta che mi attendo su queste pagine. Se dico che non capisco, è perché ho un pensiero essenzialmente concreto e mi mancano gli esempi.

Un esempio di quale possa essere uno strumento istituzionale che garantisca l'esercizio di un'attività professionale orientata alla qualità, o cosa si intenda per diritto di selezionare la domanda, o quali siano «gli ostacoli istituzionali e amministrativi» da rimuovere (più difficile mi pare rimuovere per contratto ostacoli culturali), «che inducono la persistenza di uno scorretto rapporto medico-paziente»; nemmeno mi è chiaro quale sia questo scorretto rapporto, e se eguale per tutti, e se presente nel contratto, e quale sia «la distorsione della cultura della salute e dell'utilizzazione delle risorse» che si debba evitare.

È probabile che io possa essere d'accordo col dottor Nuzzo (non che importi qualcosa), una volta che abbia capito bene di cosa si parla. Sono d'accordo, per esempio, sul fatto che si chiedi troppa "salute", intendendo per salute esami, antibiotici e certificati, e che il medico risponda dando queste cose, che "salute" non sono, ma che sembrano rispondere alla domanda; sono d'accordo sul bisogno di "efficacia e di qualità della prestazione", ma non vedo come si possa ottenerla per contratto o per dichiarazione, massimamente se ci si pone "al di fuori da ogni controllo".

Ho l'impressione, probabilmente sbagliata, che il modello di Sanità che la proposta Nuzzo configura sia per un verso molto vicino al modello assicurativo-privatistico (il paziente sceglie il medico che preferisce, quando ne ha bisogno, e il servizio copre la spesa), però con la garanzia, che deriva dal modello SSN, dell'iscrizione obbligatoria di tutta la popolazione (la scelta del medico viene fatta quando ancora del medico non si ha bisogno e, salvo revoca, viene mantenuta per sempre). La differenza tra i due sistemi è ovvia: nel primo sistema assai pochi medici potrebbero campare; nel secondo c'è spazio per molti; il primo privilegia la professione, il secondo il servizio.

Ci sono pochi dubbi che esista un problema di qualità e di soddisfazione della professione (anche se la maggior parte dei PdF a cui ho posto la domanda si è dichiarata soddisfatta o molto soddisfatta della scelta). Personalmente, mi sento una persona di servizio (in tutti i sensi), e in questo spirito ho svolto la mia carriera; penso che svolgere bene un servizio possa essere fonte sufficiente di soddisfazione. Quanto all'attività più propriamente assistenziale, ne parliamo a proposito della prossima lettera.

F.P.

La Pediatria che non c'è

Dopo aver letto, purtroppo con ritardo, la risposta alla lettera del dottor Giordano (*Medico e Bambino* 2/99), stanca di scoprire che "non esisto", mi decido a scrivere. È vero, siamo pochi, non abbiamo peso politico, non abbiamo peso sindacale. Le nostre richieste ai dirigenti aziendali scivolano nel nulla, come da sempre le richieste dei poveri.

Non dobbiamo più effettuare visite pediatriche, perché oggi ci sono i pediatri di base. Eppure le visite ci vengono richieste, e ogni mese viene raccolta "la statistica" delle visite che abbiamo praticato. E sappiamo che su questa viene valutato il nostro lavoro; valutazione "ad ore" che rappresenta, per noi specialisti del territorio, quello che per gli ospedalieri sono i DRG.

E allora ben venga la madre ansiosa che porta il figlio alla visita tre volte al mese e da tre pediatri diversi!

Così effettuiamo visite pediatriche con la vaga sensazione di non essere più al nostro posto. Praticiamo vaccinazioni vecchie e nuove con la stessa sensazione, perché subentriamo in centri che erano organizzati senza la nostra presenza. Facciamo, lì dove abbiamo la fortuna di avere lo psicologo e il NPE, consulenze al confine tra la Pediatria, la Psicologia, la Sociologia e la Terapia Familiare, spesso cercando di prepararci, privatamente e a nostre spese, a questo tipo di relazione. Cerchiamo di lavorare nelle scuole: c'è chi ci riesce e chi no, a seconda della volontà delle singole Aziende, e poi dei singoli Distretti e poi dei singoli Dirigenti. Lì dove poi tutto può fermarsi con la famosa frase: «Non ci sono soldi!».

E, in questo spreco di energia, di fantasia, di voglia di fare, nessuno sembra notare i tanti "vuoti" del territorio, le tante cose che nessuno veramente fa, i tanti bisogni, soprattutto dei più disagiati, i punti nodali dove si intrecciano Sanità, Amministrazione Centrale, carenze di strutture, difficoltà delle famiglie, solitudine dei ragazzi. E dove io credo ci sia la necessità della "Pediatria di Comunità".

Scrivo perché, negli anni, mi sono resa conto di come le richieste del singolo siano inefficaci; scrivo per chiedere, quindi, che nell'ACP si crei un forte movimento in favore della Pediatria di Comunità, fatto di concreti richiami alla realtà territoriale, movimento a cui il singolo possa appoggiarsi. Perché è vero: la Pediatria di Comunità non esiste, ma esistono dei bisogni, delle richieste e dei colleghi che cercano di rispondere.

Chiedo perlomeno che all'interno dell'ACP venga discusso in maniera aperta il problema: se cioè si ritenga necessaria una Pediatria di Comunità o si ritenga in-

vece che l'Ospedale e la Pediatria di Base possano rispondere a tutte le esigenze territoriali, come sembrerebbe leggendo oggi la vostra rivista.

Chi scrive ha partecipato al "I Corso di Pediatria di Comunità" tenutosi a Perugia, e ha avuto il piacere di poter parlare con il Prof. Biasini, che si è dimostrato molto interessato a questo problema. L'entusiasmo allora è stato tanto ma, a distanza di anni, la realtà non è cambiata. L'aziendalizzazione, e un bisogno di risparmiare male interpretato, fanno sì che si faccia il minimo nel territorio.

Noi "ex" di cui sopra abbiamo per lo più alle spalle anni di attività ambulatoriale, e spesso ospedaliera. Gli ambulatori pediatrici erano l'unica realtà pediatrica territoriale; si collaborava con il medico di base, si lavorava, in alcuni consultori, in équipe, forse principale caratteristica che andava salvaguardata.

Gli ospedalieri più all'avanguardia capivano di dover andare verso il territorio e gli ambulatoriali speravano che aumentassero i centri pediatrici, soprattutto nelle zone più disagiate. Erano possibili strade che avrebbero dato lavoro ai pediatri, lasciando al medico di famiglia (figura rim-

pianta da più parti) la cura globale del nucleo familiare.

Sicuramente questo medico aveva meno competenze pediatriche (ma poteva servirsi delle consulenze), ma sicuramente aveva tanta più conoscenza della storia di quella famiglia, dalla malattia del nonno al lavoro del padre, alla vita del paese.

Il problema è vero nelle città, dove esiste la popolazione de "i sommersi e i perduti", solo sfiorati dal benessere, dalle cure mediche e spesso anche dall'assistenza. Il problema è più vero fuori delle città, dove un PdF deve servire anche 5 comuni lontani tra di loro. Ma il problema più generale è forse quello di andare al di là delle culture specialistiche, e forse anche della cultura pediatrica, per costruire una cultura del contesto.

Ciò detto, non mi resta che dichiarare il mio dispiacere per la disomogeneità e la confusione con cui la Pediatria si occupa del suo territorio e con cui sono definiti compiti e prerogative della Pediatria di Comunità; se c'è, se vogliamo che ci sia, e in che modo vogliamo che funzioni.

Luisa Loffredo, Pediatra di comunità
Pedimonte Matese (CE)

Le risposte l'ACP le ha già date; le ha date coi corsi a cui Lei fa cenno, le ha date in numerose prese di posizione, affermando, come Lei afferma, che anche se non esistesse la pediatria di comunità esisterebbero comunque funzioni da coprire; le ha date infine coi suoi documenti per l'assistenza pediatrica (Medico e Bambino 9, 604, 1998), documenti universalmente e formalmente condivisi da tutti, ma la cui realizzazione non può che dipendere dalla pediatria locale e dalle amministrazioni locali. I pediatri di comunità devono essere pochi (1,5/10.000 bambini) e fare quello che né il PdF (leggi la lettera di Nuzzo) né l'Ospedale fanno né vogliono fare: occuparsi del cane senza collare; del bambino senza PdF, del bambino che non va a scuola, del bambino con bisogni speciali, dell'adolescente, ma anche della intera società (interventi di salute pubblica; promozione di condizioni ambientali favorevoli allo sviluppo del bambino); e infine, fornire cure e cultura pediatrica alle comunità, residenziali, educative, ricreative (Medico e Bambino 1, 42, 1996). Finché, o dove, queste cose non acquistano concretezza nel distretto, o finché e dove nessuno ne sente il bisogno, e finché o dove i pediatri (anche quelli di comunità) accettano una posizione a metà tra il precario e il parassitario, tutto questo rimane solo parole. Meglio parole, tuttavia, che visitare per la terza volta il figlio di una madre ansiosa e che accettare la proposta di "contare le ore di visita"; una mistificazione come quella dei DRG, e in generale della medicina pagata sulla prestazione anziché sui bisogni. Per inciso, ma non tanto, l'associazione della Pediatria di Comunità è entrata formalmente nell'ACP.

F.P.

Ancora sulle visite domiciliari

Vorrei reinserirmi nel dibattito sulla visita domiciliare perché sono stato più volte chiamato in causa sia su *Medico e Bambino* che sulle Pagine Elettroniche.

Quando parlo di visita domiciliare, parlo della vera visita domiciliare, cioè della visita al bambino che ha la febbre alta da due giorni, al bambino con malattia esantematica, ma anche al bambino piccolo con sospetta bronchiolite la cui mamma ha difficoltà a venire nel mio studio perché non ha l'automobile (e non ce l'ha davvero, per-

ché dove lavoro io l'automobile qualche volta non ce l'ha nemmeno il papà).

Chi ha lavorato sempre con impegno e con rispetto dei bisogni del paziente, come credo di avere fatto io, non riceve richieste ricattatorie e non riceve neanche quasi mai richieste di visite domiciliari inutili. Quasi sempre la visita domiciliare non mi viene neanche richiesta, sono io a offrirmi spontaneamente quando credo sia giusto farla, e i genitori non la richiedono quasi mai perché sanno che non li abbandonano, perché il nostro rapporto è sereno e soprattutto leale.

Durante la mia attività professionale ho ricevuto soltanto tre volte, da parte di tre genitori, richieste ricattatorie di visite domiciliari. Ho invitato queste persone a ricusarmi, cosa che hanno fatto subito. Una di queste persone, oggi, quando mi incontra, mi saluta, perché ha capito di avere sbagliato: in questo caso non è stato possibile instaurare un buon rapporto, e anche l'averlo troncato senza rancori da entrambe le parti è un atto di lealtà reciproca (gli altri due genitori non li ho più visti, ma credo che anche loro non abbiano rancore nei miei confronti, come non l'ho io).

Ma tutto questo non è venuto fuori dal nulla: un buon rapporto medico/paziente nasce quando si lavora con coscienza. Non si può dire alle mamme (cosa che ho sentito dire): «Signora, ma che vuole da me... suo figlio ha il morbillo, ha sicuramente il morbillo perché c'è l'epidemia, non c'è cura, non occorre che io venga a casa... se proprio ci tiene che il bambino venga visitato, lo porti Lei nel mio ambulatorio».

Questo non è assolutamente fare il medico! Questo è fare il "niente", mortifica la nostra dignità, significa non voler regalare niente a nessuno, non voler dare niente di noi a nessuno.

Io spesso mi metto nei panni dei genitori. A me non piacerebbe affatto portare mio figlio dal dottore con il morbillo, con gli orecchioni o l'influenza.

Penso poi a una cosa: chi, come Meneghelli (*Medico e Bambino* n. 8/99), fa riferimento sempre a situazioni di altri Paesi (ma chi l'ha detto che negli Stati Uniti, dove non si fanno visite domiciliari, la Sanità sia migliore della nostra, il rapporto medico/paziente sia migliore del nostro?), o a quello che dicono Alcaro, Longo, Volpi, Panizon, Paradise, Gerber ecc, è disorientato, e non sa instaurare un rapporto con i pazienti perché non fa riferimento all'unica

cosa a cui dobbiamo veramente fare riferimento, e cioè alla nostra coscienza.

E, se abbiamo una coscienza, dobbiamo fare quello che è giusto fare, sia nei nostri confronti che nei confronti del paziente; e se siamo a posto con la nostra coscienza di uomini, possiamo anche infischiarci se il collega dell'ospedale o il collega libero-professionista cambia la nostra diagnosi e la nostra terapia per il fine che sappiamo.

Le mie sono soluzioni facili a problemi complessi, dice Meneghelli. La soluzione dei problemi della Pediatria di base è infatti semplice, economica, non ha bisogno dell'intervento del SSN e delle ASL per un motivo semplicissimo: perché deve nascere dalla nostra intelligenza e dalla nostra morale.

Non so se ridere o piangere leggendo la lettera del collega anonimo (sempre su *Medico e Bambino* n. 8/99) che vuole fare un'indagine per vedere se è aumentato il numero delle mamme ansiose, come se la mamma ansiosa costituissero per noi il più grande dei mali.

Ma noi siamo medici e, se la mamma è ansiosa, un motivo ci sarà, e noi dobbiamo, da medici, capire qual è, e dobbiamo fare in modo di venirle incontro.

O forse è aumentata anche la nostra ansia e vediamo la realtà in modo distorto? O forse non ci sono più "relazioni umane"? O forse non abbiamo mai saputo e continuiamo a non sapere che cosa significa esercitare la professione di medico?

Chi porta avanti proposte inverosimili (non fare visite domiciliari, ma fare esami di laboratorio presso i nostri ambulatori) verosimilmente è disorientato. Chi pensa che la fiducia tra medico e paziente "dura fino alla prima difficoltà" significa che il distacco fra lui e i suoi pazienti è notevole; perché, se il rapporto tra medico e paziente è saldo e basato sulla lealtà, questo non accade sicuramente alla prima difficoltà, e forse non accade mai.

Infine, vorrei dire una cosa a tutti quei colleghi che non fanno visite domiciliari: va bene, non facciamole, però facciamo almeno 6 ore di ambulatorio al giorno (6 ore significa dalle 8 alle 14, o dalle 14 alle 20) sempre, tutti i mesi dell'anno, anche in estate, e rendiamoci reperibili dalle 8 alle 20, e il sabato fino alle 10.

Chi è disposto a farlo?

Angelo Spataro, Pediatra di famiglia
Palermo

Associazione Culturale Pediatri
TABIANO IX
DALL' ECCESSO ALL' EVIDENZA

Tabiano, 25-26 febbraio 2000

Iscrizioni e informazioni: tel 0524 565523; fax 0524 565497