

Sul futuro possibile della pediatria italiana

INTERVISTA A DINO FARAGUNA

Un futuro possibile e desiderabile per la pediatria italiana. Domande e risposte esaustive e taglienti.



Dino Faraguna è il direttore del Dipartimento materno-infantile degli ospedali di Monfalcone e Gorizia.

Ti sei candidato nella commissione organizzazione e assistenza della SIP.

Quali sono, a tuo parere, i punti di forza e quali invece le criticità dell'attuale assetto organizzativo della pediatria italiana?

Il punto di forza potrebbe essere il pediatra convenzionato (PC) per ogni bambino. Il punto di debolezza è una rete ospedaliera fatta di troppe pediatrie finte (intendo quelle senza guardia attiva 24/24). Si tratta sostanzialmente di chiudere le micropediatrie e i punti nascita pericolosi perché con pochi nati. Situazioni molto spesso associate e che implicano entrambe uno scarso livello di sicurezza.

Queste pediatrie virtuali competono con l'attività propria della pediatria convenzionata: una sovrapposizione di interventi. È urgente chiuderle. Sono tante, circa il 30% delle 664 unità pediatriche censite, quindi almeno 200 (Indagine SIP 2007). Sono precarie, è difficile possano garantire prestazioni di ricovero ordinario sicure ed esperte né un futuro professionale interessante per i giovani. È urgente chiuderle e riunire le risorse professionali e tecno-

logiche in Strutture Operative di dimensioni più grandi, in grado di far fronte alle patologie di competenza autenticamente ospedaliera. Con una qualificazione dell'attività nei diversi settori delle specialità pediatriche al servizio della patologia cronica e complessa.

Perché parli di pediatra convenzionato e non di pediatra di libera scelta o di famiglia?

Perché le parole hanno un senso. Il PC non è di libera scelta, perché spesso la scelta - per il meccanismo stesso di calcolo del numero di pediatri rispetto al numero di bambini - non è libera; non è di famiglia perché non segue gli adulti della famiglia. Non è nemmeno un libero professionista in senso stretto. La sua attività è regolata dall'Accordo Collettivo Nazionale (ACN). Trovo che PC sia una definizione inequivoca e neutra che sottolinea l'appartenenza al Servizio Sanitario Nazionale, regolata dalla convenzione.

Cosa ti è piaciuto di più della tua esperienza professionale fino a ora e cosa invece ti ha deluso?

L'attività clinica sul paziente dà soddisfazioni immediate, quella organizzativa soddisfazioni dilazionate. Le prime sono più facili e di immediata gratificazione, le seconde - quando si ottengono - più stabili e forse più reali. La massima delusione è legata al deterioramento dell'ambiente professionale, specchio del deterioramento nazionale: troppe energie spese in ricerche di equilibri fortemente disturbati da piccoli poteri, un'università accartocciata su stili lontani dal rigore scientifici-

co e dal merito, protezioni di scuola, moltiplicazione di congressi di scambio senza senso, perdita di dignità professionale tra esaltazione delle banalità e un assetto organizzativo paralizzato sui bisogni di 30 anni fa. Il tutto con evidenti sovrapposizioni professionali e sprechi evitabili.

Qual è il più evidente cambiamento della pediatria cui hai assistito?

Da un'attività prevalente sulle malattie acute a un'attività prevalente sulle malattie croniche. Con implicazioni che non abbiamo ancora capito. Basti pensare che l'incremento di spesa sanitaria nel mondo occidentale è legato per i 2/3 all'assistenza alle malattie croniche. Ed è enorme, tale da non essere sostenibile, senza interventi drastici. La pediatria dovrà fortemente modificare la propria struttura organizzativa.

Quando si parla di organizzazione delle cure pediatriche si continua a pensare alla presidenza della Società Italiana di Pediatria come a un interlocutore importante e irrinunciabile. Cosa chiederesti in concreto al nuovo presidente?

Un impegno tenace a realizzare tre obiettivi:

- Costruire una Giornata Nazionale dell'Infanzia, ogni anno, su un tema nuovo e attuale, realizzata in contemporanea in tutte le regioni italiane. Oggi il tema infanzia è trascurato da un punto di vista culturale e organizzativo. Basti pensare alla riduzione dei finanziamenti alla scuola e alla qualità della televisione. La SIP è la sede naturale della tutela dell'infanzia, ruolo già svolto ma che può essere maggiormente visibile.

- Ottenere la riduzione della rete pediatrica ospedaliera e dei punti nascita. Questa iniziativa porterebbe da sola a una maggior competenza e appropriatezza del lavoro ospedaliero e alla conseguente riorganizzazione della pediatria convenzionata. Il ritardo dell'organizzazione pediatrica rispetto ai bisogni assistenziali sta diventando enorme.

Le premesse della convenzione della pediatria di famiglia sono buone, la situazione ospedaliera è una vera emergenza.

- Modificare le modalità di elezione del presidente della SIP, introducendo il voto postale o via web, unica garanzia perché la presidenza sia espressione degli iscritti. Altrimenti assisteremo ancora a pullman, treni speciali e voli charter per il voto: costretti a una campagna elettorale che non ci fa onore. Auguro ai viaggiatori votanti un po' di senso dell'umorismo per "votare quello che pensano e non quello che viaggiano".

Si parla tanto di carenza di pediatri e di un futuro progressivo aggravamento del problema.

Cosa pensi in proposito e come affrontesti il problema?

Gli elementi da considerare sono: il numero dei pediatri attuali, la riorganizzazione pediatrica, le previsioni di natalità, i bisogni di salute.

Non è vero che il numero di pediatri sia insufficiente. Sono oggi 15.200 in Italia, e saranno 14.100 nel 2020, secondo un calcolo di previsione effettuato (Studio SIP Biomedica 2006) sulla base delle specializzazioni annuali di oggi e dei pensionamenti previsti.

Se consideriamo l'urgente necessità di ridimensionare la rete ospedaliera, il numero appare adeguato. La chiusura di circa 200 reparti di pediatria poco utili permetterebbe da un lato l'attività sulle 24 ore di tutti i reparti che rimarrebbero attivi, dall'altra il riassorbimento graduale dei 1400 posti in riduzione in 10 anni.

Una ulteriore scadenza di riorganizzazione pediatrica scatterà proprio nel 2020, quando cesseranno l'attività convenzionata almeno 500 pediatri ogni anno, per raggiunti limiti di età. Cioè oltre 3000 in meno in 6 anni. Ma, da

qui al 2020, potrebbero cambiare molte cose. Ovviamente queste previsioni vanno incrociate con le previsioni di natalità: siamo di fronte a una natalità stabile e bassa che potrebbe risentire ancora della prevista riduzione della quota di popolazione in età fertile. Quindi un ulteriore elemento per prevedere un limitato bisogno di pediatri.

Quali sono i punti caratterizzanti del modello organizzativo che vorresti realizzare?

Netta separazione tra competenze della rete ospedaliera (i ricoveri, le malattie croniche complesse, le specialità pediatriche di 3° livello) e della rete territoriale (le prestazioni ambulatoriali pediatriche, la cura dei malati cronici). L'elemento chiave, a mio giudizio, rimane la chiusura delle pediatrie e dei punti nascita senza guardia e con scarsa attività, a favore della concentrazione in strutture pediatriche con guardia di 24 ore e in grado di dare risposte di competenza ospedaliera. Già oggi l'attività del PC nelle aree rurali è sostitutiva delle prestazioni ambulatoriali ospedaliere. Lo stesso deve accadere anche nelle aree urbane e il nuovo ACN va in questa direzione: le aggregazioni funzionali territoriali della pediatria di famiglia dovrebbero realizzarsi nei prossimi mesi, come pure l'attività pediatrica nell'ambito dell'unità complessa delle cure primarie (art. 11 e art. 12 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la Pediatria Convenzionata. GU 8.9.2009). Si prefigura finalmente un coordinamento reale del gruppo di pediatri convenzionati di ogni azienda. Dove ciò è accaduto i risultati sono stati straordinari: addirittura la copertura completa dell'assistenza dalla sala parto al trasporto neonatale agli ambulatori di montagna, con un riferimento ospedaliero coordinato (vedi oltre).

Ma non è necessario arrivare a questo: nella maggior parte dei casi basterà l'integrazione di attività tra poche pediatrie ospedaliere e tante unità territoriali pediatriche. L'ospedale dovrà definire il proprio ruolo: reti regionali di pronto soccorso pediatrico, reparti con ricoveri di numerosità adeguata, guardia 24/24, efficienza e competenza nelle specialità pediatriche, esclusione

della patologia corrente e delle cure primarie.

C'è qualche esperienza concreta che vorresti citare?

Domodossola: controllate il sito "FIMP VCO", andate su "pediatria di montagna" e leggete. Se non credete, telefonate. Quindici pediatri gestiscono 25 ambulatori in un'area montana, la sala parto e il trasporto neonatale di un centro nascita di 400 nati (non chiudibile perché in montagna), il *country hospital* e il pronto soccorso pediatrico. E sono contenti e professionalmente realizzati.

Qualcuno ha proposto di affiancare il pediatra convenzionato (o i gruppi associati, laddove possibile) con uno (o più nel caso delle pediatrie associate) operatore socio-sanitario per svolgere meglio il compito assistenziale di continuità delle cure e di informazione alle famiglie e sgravare il pediatra da compiti per cui non trova il tempo e non è nemmeno ben preparato. Che ne pensi?

Si tratta di una soluzione che dovrebbe essere già attiva e trovare risposta nei Distretti, dove questi sono organizzati come luoghi di cura. L'impegno dei pediatri in ambito socio-sanitario o educativo è spesso carente nella preparazione curricolare. I genitori che chiedono consigli sull'educazione dei figli al proprio pediatra hanno spesso una risposta personale piuttosto che professionale. Altri sono preparati a rispondere con cultura, i pediatri raramente e solo per iniziativa individuale. L'istituzione delle aggregazioni funzionali territoriali - nelle quali dovrebbero convergere pediatri e altre figure professionali - dovrebbe avere anche questo obiettivo: utilizzare le competenze specifiche.

Manda tre messaggi/ricieste: a un pediatra convenzionato, a un pediatra ospedaliero, a un professore universitario.

I compiti delle tre figure pediatriche dovrebbero essere ben definiti: cure primarie al PC, secondo e terzo livello distribuiti tra ospedali e università, for-

mazione professionale all'università.

- Dai PC ci aspettiamo un'organizzazione più stabile e una realizzazione di gruppi aziendali, come annunciato nell'ACN recente. Gruppi aziendali coordinati che possano garantire la gran parte dell'attività ambulatoriale pediatrica sia per l'acuzie che per le patologie croniche.

- Dai pediatri ospedalieri ci aspettiamo una maggior qualificazione dell'ospedale, strettamente legata alla riduzione di numerosità dei reparti. Meno reparti e più adatti a garantire solidi punti di riferimento per una rete regionale di pronto soccorso pediatrico e sviluppare le specialità pediatriche rivolte alle patologie croniche. Riprendere, almeno per la pediatria, il percorso degli ospedali di insegnamento, punti di elaborazione culturale qualificata, in stretta relazione con la formazione universitaria.

- Dai pediatri universitari ci attendiamo la formazione e la ricerca. Lo sforzo di staccarsi dalle tradizioni di anzianità, privilegiando il merito e l'innovazione, superando le preferenze di scuola o personali. Nel campo della forma-

zione ci sono aree per le quali l'università deve interagire con una pediatria ospedaliera che si qualifica anche nel campo della formazione. Alcune funzioni, come il pronto soccorso, specialità pediatriche ospedaliere o l'attività di PC devono entrare nella formazione dello specializzando in pediatria con un coinvolgimento sostanziale del medico ospedaliero e del PC.

Fatti una domanda cui avresti piacere di rispondere.

La domanda potrebbe essere questa: "quali probabilità o garanzie ci sono che le cose potranno cambiare?"

Ed ecco la mia auto-risposta: è sempre difficile cambiare, ma mi pare ci sia un'unica spinta forte: la necessità della riduzione della spesa sanitaria. La spesa sanitaria aumenta e non ci sono più soldi. Questa sarà una spinta fortissima alla riorganizzazione. Bisogna scegliere se affrontarla con un atteggiamento corporativo, difendendo tutto ciò che è pediatrico, oppure con un atteggiamento scientifico, legando l'atti-

vità pediatrica ai bisogni e prevedendo le funzioni di ogni componente: il PC fa questo, l'ospedaliero quest'altro, l'universitario altro ancora. E ognuno con rispetto degli ambiti di competenza. Come fossimo in un'azienda privata, dove le sovrapposizioni di funzioni non durano una settimana.

Hai un messaggio finale?

Il servizio pubblico come fosse un'azienda privata. Stesso senso di appartenenza, stesso rispetto di ruoli e compiti. Diversa finalità: servizio sanitario, diverso dal prodotto commerciale, ma con criteri di spesa altrettanto rigorosi. L'innovazione e il merito come garanzie di qualità. Ma questo è un problema nazionale.

Intervista a cura di *Alessandro Ventura*