

Giampietro Chiamenti

Presidente FIMP

# Le prospettive della Pediatria di Famiglia in Italia nel contesto dell'evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale



In previsione della conclusione del mio mandato presidenziale in FIMP (8-11 marzo 2018), ritengo che non ci possa essere editoriale conclusivo più adatto di una riflessione sulle prospettive della nostra categoria nel contesto generale dell'evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) italiano.

Riflessione resa necessaria anche dal fatto che la trattativa per il rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) è tutt'ora in corso; trattativa condizionata dall'esiguità dei fondi che sono stati destinati alla Sanità nella finanziaria 2018 e dalle influenze socio-politiche legate alla conclusione della XVII Legislatura Italiana, laddove invece si dovrebbe ragionare esclusivamente sul miglioramento dell'assistenza in età pediatrica, nel segno della valorizzazione dell'ottimo lavoro svolto dalla Pediatria territoriale negli anni intercorsi dall'entrata in scena del nostro ruolo basato sul rapporto fiduciario e capillarità di presenza.

Partendo da questi elementi la prima osservazione è riferita al ritardo quasi decennale nel rinnovo dei contratti di lavoro dei comparti della convenzione e del pubblico impiego, entrambi *apparentemente* subordinati alle difficoltà economiche del Paese. Infatti, se la necessità di contenere le spese nel Bilancio dello Stato e delle Regioni poteva giustificare nel periodo 2010-14 l'opportunità di evitare i rinnovi contrattuali che potevano essere solo a perdere, risulta di difficile comprensione una trattativa che si trascina da 4 anni nonostante i ripetuti tentativi di dialogo e le proposte di aggiustamenti costruttivi del modello esistente. Accordi non raggiunti nonostante le modifiche in corso degli atti di indirizzo forniti a SISAC (Struttura interregionale deputata alla trattativa convenzionata sanitaria) da parte delle Regioni.

Questioni economiche a parte, non c'è mai stata in questo lungo periodo di trattativa una proposta di parte pubblica che potesse essere accettata dalla parte sindacale senza che ne fosse pregiudicata la valorizzazione del *modello organizzativo esistente* che la Pediatria di libera scelta ha messo in campo tramite processi originali e cogestiti dalle rappresentanze di categoria con appositi accordi regionali. Modello che negli anni si è dimostrato più che soddisfacente contribuendo al miglioramento generale dello stato di salute dell'infanzia/adolescenza ed esitando in un alto grado di soddisfazione espresso dalle famiglie, come dimostrano tutte le indagini di settore. Il posizionamento ai vertici delle scale di valutazione mondiali dell'assistenza sanitaria italiana ne attesta il valore.

Per quanto riguarda la Pediatria, il *vulnus* di tale situazione è stata la difficoltà della parte pubblica di con-

siderare e valorizzare le peculiarità dell'assistenza pediatrica prendendo al contrario come principale riferimento, per soddisfare le modifiche imposte dalla Legge Balduzzi, le esigenze dominanti derivanti dalle necessità e problematiche emerse nell'assistenza per l'età adulta. Temi molto attuali e condizionanti per la Medicina Generale [come ad esempio le liste d'attesa, il ruolo unico, la cronicità legata in particolare al forte aumento della popolazione anziana, l'accesso incontrollato al Pronto Soccorso, l'istituzione delle Case della Salute o UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie) nel modello dell'assistenza all'adulto] che non sono certo prioritarie per l'età pediatrica e adolescenziale, sono diventate al tavolo delle trattative il principale punto di riferimento per aggiornare *anche* il modello dell'assistenza pediatrica. Invece per noi si doveva e si deve discutere dell'organizzazione delle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) mantenendone il carattere funzionale, degli obiettivi di salute finalizzati a consegnare una popolazione più sana possibile all'età adulta, della medicina di transizione rappresentata dal passaggio della presa in carico post adolescenziale da parte del medico di medicina generale, dei problemi assistenziali legati alla situazione che si verrà a creare col ricambio generazionale dei Pediatri di libera scelta, del nostro ruolo assistenziale sui grandi temi della prevenzione, come ad esempio sulle vaccinazioni o sulla prevenzione dell'obesità o più semplicemente sul contrasto alla violenza sull'infanzia, dell'accoglienza dei minori immigrati e del contrasto ai dannosi stili di vita in età adolescenziale. Senza citare, perché assolutamente prioritario, l'impegno della categoria su tutti i grandi temi legati ai primi 1000 giorni di vita che sempre più si stanno rivelando fondamentali nello sviluppo del bambino; valga per tutti la problematica del neuro sviluppo legata al dilagante aumento dei disturbi dello spettro autistico e dei disturbi dell'apprendimento, correlati *anche* a un evidente calo delle capacità genitoriali. Certo ci sono temi che ci accomunano alla Medicina Generale, come ad esempio la già citata medicina di transizione, la continuità assistenziale per le fasce orarie che non ci vedono presenti sul territorio per convenzione, le problematiche legate al

cambio generazionale e la formazione dei giovani medici nell'ambito della propria specificità di categoria, l'occupazione giovanile e nella fattispecie della Pediatria di libera scelta, la necessità di forte motivazione per la tipologia del nostro lavoro che si traduce nel privilegiare l'entrata in convenzione dei colleghi più giovani rispetto a quelli che, in vicinanza della pensione, decidono di transitare dalle cure ospedaliere al territorio e infine, non ultima, la problematica attinente all'"appropriatezza clinica". Questa merita una riflessione a se stante perché strettamente correlata alla nuova legge sui LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e alle conseguenze della Legge sulla responsabilità professionale (Legge Gelli-Bianco). Se infatti da un lato LEA e Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) da tempo sono entrati attraverso Accordi Nazionali, Regionali e anche Aziendali nei nostri compiti, reputo quanto mai problematica la nostra marginalizzazione, se non esclusione, dalle società scientifiche accreditate nel proporre al Ministero Linee Guida o indirizzi per le buone pratiche cliniche. Chi infatti meglio di noi può conoscere le problematiche attinenti alla quotidianità e tipologia del nostro lavoro?

Ne sono un esempio, assieme ad altri, l'importante collaborazione che FIMP ha recentemente intrecciato con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) sui temi dei disturbi del neurosviluppo, diventando l'interlocutore privilegiato per l'avvio di nuove progettualità di intervento diagnostico precoce oppure l'avvio del percorso di riflessione sulle buone pratiche cliniche nelle cure primarie pediatriche attraverso la metodologia del Progetto *Choosing Wisely* per il riconoscimento delle pratiche a rischio di inappropriatazza.

Come possiamo accettare che il Pediatra di Famiglia non sia accreditabile attraverso le sue rappresentanze alla formulazione di comportamenti professionali peculiari delle Cure Primarie aderenti ai contenuti espressi dalle conoscenze scientifiche risultanti dalla letteratura, ma anche dalla buona pratica clinica? Possiamo accettare che sotto il profilo scientifico ci siano Pediatri di serie A e Pediatri di serie B solo perché operanti in ambiti ospedalieri, universitari piuttosto che territoriali? Tutte domande che hanno risposte

certe; determinate dal rispetto e dal valore del nostro lavoro! Se siamo stati in grado di produrre attraverso le nostre associazioni scientifiche e culturali (mi riferisco a tutte comprese quelle non espressione della FIMP) PDTA, pur concordati con tutte le componenti pediatriche coinvolte nell'assistenza, consensus, guide e pubblicazioni universalmente riconosciute dalla comunità scientifica rivendichiamo in pieno la nostra presenza nel nuovo sistema, almeno per la specificità professionale della Pediatria di Famiglia.

Infine, concludo con il problema dei problemi: il rapporto tra Sanità pubblica e quella privata. Il dato della spesa che la Nazione attraverso i suoi cittadini riserva alla Sanità privata è crescente e si avvicina ormai ai 40 miliardi di euro, a fronte di continue riduzioni degli adeguamenti previsti per il FSN (Fondo Sanitario Nazionale). Non voglio soffermarmi sulle motivazioni ma solo sul dato che questa tendenza, *se non governata dal Sistema Sanitario Nazionale*, rischia di stravolgere completamente l'attuale modello di cura sia in ambito territoriale che ospedaliero. Cosa significa governato dal SSN? Se la spesa privata fosse la risposta a un sistema pubblico che non funziona noi dovremmo vedere il nostro Paese in posizioni molto basse nelle graduatorie internazionali dei Sistemi sanitari; ma così non è. Nell'ultimo decennio per contro sono aumentati in Italia gli investimenti del privato in Sanità in concorrenza col SSN pubblico, il quale per altro in varie circostanze

ha incentivato l'accreditamento delle strutture private. Se questa è una scelta di governo del sistema fatta per integrare le due Sanità, è necessario un piano organico di intervento che attualmente non si intravede. Se invece è solo una questione di profitto allora la mancanza di pianificazione coinciderebbe con un disegno preciso di introdurre due sistemi concorrenziali e avvalorare il concetto che determinate scelte siano funzionali al superamento degli attuali modelli assistenziali. Questa, ad esempio, potrebbe essere la lettura del "Nuovo Piano di assistenza alla cronicità" deciso in Lombardia dove il vecchio modello, che poneva le cure nelle mani del medico curante, viene sovvertito da un sistema alternativo di aggregazioni private.

Credo sia doveroso da parte nostra guardare a queste problematiche con grande attenzione, perché se il modello della attuale assistenza pediatrica deve cambiare dobbiamo esserne protagonisti e non soggetti passivi che subiscono il tutto.

Concludo quindi con l'auspicio che il nuovo anno, segnato dalle importanti scadenze citate all'inizio di questo editoriale, ci veda uniti, attenti e impegnati come sempre a salvaguardare un futuro per la Pediatria di Famiglia di cui, non dubito, la nuova dirigenza saprà farsi parte attiva nel segno della continuità di quanto espresso nel corso del mio mandato ormai giunto a termine.