

Giampiero Chimenti  
Presidente Nazionale FIMP



# Le Cure Primarie

FORUM della PEDIATRIA 2.0  
Pisa, 16-17 Giugno 2016

*Il 16 e 17 giugno si è svolto a Pisa il FORUM della PEDIATRIA 2.0, organizzato dalla SIP e al quale hanno partecipato, nelle stesure di documenti e nella discussione, oltre che le società affiliate anche altre associazioni (FIMP - Federazione Italiana Medici Pediatri; CUN - Consiglio Universitario Nazionale; AOPI - Associazione Ospedali Pediatrici Italiani; ACP - Associazione Culturale Pediatri). Vari gruppi di lavoro (Prevenzione e Stili di Vita; Cure Primarie; Pediatria Ospedaliera; Ospedali Pediatrici; Neonatologia; Emergenza-Urgenza; Malattie Croniche; Adolescenza; Formazione; Ricerca), nei quali si integravano i componenti delle varie associazioni, hanno elaborato dei documenti che sono stati presentati e discussi durante i due giorni del FORUM e che saranno pubblicati dalla SIP.*

*Riteniamo utile al momento pubblicare il documento elaborato dal Gruppo delle Cure Primarie, coordinato da Giampiero Chimenti e al quale hanno partecipato: Paolo Biasci; Valdo Flori; Grazia Gentile; Luigi Greco; Giuseppe Masnata; Luigi Nigri; Marina Picca; Franco Pisetta; Donella Proserpi.*

Nell'ambito del contesto delle cure primarie pediatriche si sviluppa la principale e più numerosa attività assistenziale rivolta ai bambini e agli adolescenti (circa 40.000.000 di visite/anno).

Il Pediatra di Famiglia stabilisce un continuativo e privilegiato contatto con la famiglia dei suoi assistiti, costruendo giorno dopo giorno il **rapporto di fiducia**, caratteristica irrinunciabile e punto di forza dell'assistenza primaria.

In questo particolare setting possono essere sviluppate e realizzate tutte le attività di prevenzione delle malattie, di educazione alla salute e ai corretti stili di vita, di *Health Improvement*, di *Patient Empowerment*, che rappresentano un valore aggiunto alla normale attività assistenziale per la patologia acuta e cronica.

Negli ultimi anni i cambiamenti sociali e culturali e il rapido progresso scientifico-tecnologico hanno modificato i bisogni di salute della popolazione pediatrica, in particolare si può osservare:

- l'aumento di patologie croniche, gravi disabilità e/o malattie rare complesse;
- la riduzione dei tassi di copertura vaccinale, pur con l'introduzione di nuovi ed efficaci vaccini;
- l'incremento dei disturbi dello sviluppo neuro-cognitivo e della salute mentale, questi ultimi in aumento soprattutto nell'età adolescenziale;
- lo sviluppo di patologie conseguenti a inadeguati stili di vita e alimentari (ad es. sovrappeso e obesità);

- l'aumento di nuove patologie indotte da fattori ambientali;
- l'incremento di problematiche correlate a minori appartenenti a famiglie in cui uno o entrambi i genitori non sono italiani;
- l'incremento di adozioni internazionali;
- la maggiore "fragilità" genitoriale;
- l'aumento delle attività relative a problematiche falsamente percepite come "urgenti" e per le quali si richiede una risposta immediata.

In base a queste nuove esigenze assistenziali, i settori di grande interesse attuale e che nel tempo assumeranno ulteriore importanza sono rappresentati da:

- assistenza ai bambini affetti da **malattie croniche** alcune delle quali per caratteristiche e incidenza possono trovare già nel contesto delle cure primarie le risposte tramite follow-up che assicurino alla famiglia e al bambino facile accessibilità, garantendo loro, per il massimo possibile, la permanenza nel proprio contesto familiare e territoriale;
- prevenzione delle malattie infettive e in particolare dalle **vaccinazioni** per le quali alcune esperienze regionali stanno dimostrando l'importanza di un ruolo proattivo del Pediatra di Famiglia, che nell'ambito delle cure primarie, in virtù del rapporto fiduciario, rappresenta il contesto ideale nel quale si sviluppa l'attività di informazione e comunicazione, nonché di esecuzione dell'atto vaccinale;
- precoce individuazione dei **deficit sensoriali e dei disturbi del neuro sviluppo**;
- strutturazione a sistema dell'educazione ad adeguati **stili di vita e alimentari**;
- adeguata, qualificata e uniforme continuità assistenziale territoriale in grado di risolvere le problematiche cliniche acute che esulano dall'urgenza/emergenza;
- sostegno alla genitorialità.

In questo contesto, l'ambito delle cure primarie si

identifica come il **primo livello assistenziale** per ogni esigenza di salute del bambino e dell'adolescente, prendendo in carico tutte le necessità e i bisogni con la capacità di risolvere positivamente la grande maggioranza delle situazioni, riservando al secondo e terzo livello di cure solo quelle che richiedono maggior complessità di intervento.

Affinché si possa completamente realizzare un'ampia presa in carico delle attività descritte è necessario che gli studi dei Pediatri di Famiglia siano valorizzati e implementati con presenza di **personale, sanitario e non sanitario** (infermieri e collaboratori di studio), adeguatamente formato e siano dotati di **attrezzature diagnostiche** (strumenti di self help), in modo da poter realizzare la chiusura della maggior parte dei percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali del bambino e dell'adolescente.

Tutte le attività di prevenzione, di screening e di educazione ad adeguati stili di vita, di sostegno alla genitorialità, vanno strutturate nell'ambito di visite filtro (**Bilanci di Salute**), per alcune delle quali dovrà essere prevista la chiamata attiva secondo le modalità della Sanità di Iniziativa.

I Bilanci di Salute possono inoltre rappresentare un'occasione unica per la raccolta dei dati epidemiologici, indispensabili per individuare obiettivi di salute specifici delle varie realtà territoriali, oltre che utili a sviluppare la ricerca nell'ambito delle Cure Primarie.

Il Pediatra di Famiglia quindi assume il ruolo principale, nell'ambito del **governo clinico**, dell'assistenza globale dell'infanzia, attivando **percorsi assistenziali** e percorsi diagnostici terapeutici (PDT) uniformi, condivisi e monitorati, seguendo il processo stesso in tutto il suo svolgimento, sia dal punto di vista clinico, sia come supporto fondamentale alle famiglie, sempre nell'ottica del rapporto di fiducia.

Il completamento dei PDT e delle attività di screening si realizza con adeguata condivisione dei percorsi e definizione precisa dei canali di collegamento con le strutture pediatriche di secondo e terzo livello di riferimento locale.

Tutte le attività di prevenzione, diagnosi e cura dovranno essere costantemente monitorate, per valorizzare i punti di forza e identificare e risolvere le criticità, soprattutto attraverso gli strumenti della formazione professionale continua.

Dal punto di vista organizzativo la Pediatria di Famiglia, pur garantendo la presenza capillare sul territorio, si è strutturata in forme associative di diverso tipo che hanno favorito l'accesso alle cure da parte delle famiglie e migliorata l'erogazione delle cure.

Da una recente indagine risulta che l'84% dei Pediatri di Famiglia fa parte di una forma associativa: il 40% in gruppo e il 44% in associazione; il 16% è singolo, più che per scelta personale, per l'attività svolta in territori periferici spesso di vasta estensione.

Il 38% dei Pediatri di Famiglia si avvale di personale di studio, rappresentato principalmente da un collaboratore di Studio (35%), mentre la presenza infermieristica è limitata al 3%, con percentuali molto varie nell'ambito delle varie Regioni (dal 30 allo 0%).

### Uno dei fattori essenziali per la qualità delle Cure Primarie è la "continuità" del rapporto fiduciario medico-paziente/famiglia.

L'impostazione basata solo sulla organizzazione di una "continuità" temporale, a cadenza oraria e a interpreti intercambiabili con la costante presenza di un medico è sicuramente indispensabile nell'ambito ospedaliero, dove si deve far fronte alle necessità di pazienti in condizioni critiche e a situazioni di emergenza e urgenza, ma non è ugualmente essenziale nell'organizzazione delle cure primarie in quanto:

- la risposta immediata alle necessità di emergenza è soddisfatta dal canale 118/PS/Servizio emergenza-urgenza ed è assolutamente opportuno che sia diretta;

- la richiesta di contatto col curante può prevedere ragionevoli intervalli di attesa, che sono oltretutto clinicamente auspicabili nella maggioranza dei casi;
- l'educazione all'attesa per una richiesta differibile riveste un segnale importante finalizzato al governo della domanda di prestazioni inappropriate.

Si ritiene quindi che debba essere fortemente incentivata e sostenuta la continuità del rapporto fiduciario, al cui interno si possono affrontare in maniera appropriata la maggior parte delle problematiche assistenziali.

La continuità assistenziale, tramite le forme associative, deve essere a sostegno del rapporto fiduciario, non sostitutiva, vicariandolo solo per prestazioni "non differibili" e nei momenti di necessaria assenza del pediatra curante.

Un maggiore coordinamento, tuttavia, tra Pediatri di Famiglia e tra questi e tutti i professionisti dell'Area Pediatrica, operanti su territori omogenei, dovrà essere esperito grazie alle Aggregazioni Funzionali Territoriali, per creare una rete assistenziale più efficiente, in grado di accogliere e prendersi cura di tutti i pazienti di età compresa tra 0 e 18 anni e delle loro famiglie.

Gli strumenti di governo di tale rete assistenziale saranno rappresentati dall'individuazione e dal perseguimento di obiettivi di salute ben identificati e condivisi, dall'adozione di percorsi assistenziali per realizzarli e da strumenti di valutazione della qualità delle cure erogate.

Per poter mantenere e migliorare l'assistenza pediatrica all'interno delle cure primarie pediatriche vanno sostenuti e perseguiti anche altri obiettivi:

1. avere un approccio globale pediatrico a tutta l'età evolutiva, quindi tra 0 e 18 anni, come previsto dalla Convenzione ONU sui diritti del fanciullo del 20.11.89 (ratificata dal Parlamento italiano

- il 27.5.1991), cercando di impedire l'esclusione dall'assistenza specialistica pediatrica di gran parte dell'età evolutiva, in particolare la fascia critica dell'adolescenza, solo per prospettive di apparente risparmio economico;
2. identificare modelli e strumenti per favorire un utilizzo più responsabile dei servizi sanitari da parte delle famiglie;
  3. favorire l'integrazione delle cure territoriali e ospedaliere attraverso lo sviluppo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione;
  4. rendere operativo il nuovo percorso specialistico pediatrico, così da garantire l'inserimento nelle Cure Primarie di specialisti adeguatamente formati per l'attività lavorativa da svolgere nel territorio;
  5. sviluppare la formazione continua di personale sanitario e non sanitario da inserire nelle Cure Primarie;
  6. promuovere un'analisi del fabbisogno di pediatri territoriali in rapporto alle nascite e al numero di pediatri che lasceranno la professione.