

# Le cure pediatriche primarie in Europa e nel mondo

*Stefano del Torso*

## **Obiettivo:**

- Conoscere le modalità con cui nel mondo viene erogata l'assistenza pediatrica
- Comprendere come viene erogata la formazione in pediatria in Europa e negli Stati Uniti

Le cure pediatriche primarie in Italia e nel resto del mondo sono effettuate seguendo modelli organizzativi molto differenti. Il paziente pediatrico viene seguito continuamente e globalmente dal suo specialista di fiducia solo in alcuni paesi e comunque in modo estremamente variato e differente per quanto riguarda il rapporto pediatri / pazienti, le attività svolte, l'uso di personale e mezzi tecnici. Il pediatra curante che opera nel territorio nella maggior parte dei casi non segue il proprio paziente ricoverato e la collaborazione tra il pediatra curante e il consulente dovrà essere sviluppata sia per ottimizzare la continuità assistenziale al paziente prima e dopo un ricovero sia per la gestione comune dei pazienti con patologia cronica.

Sono necessari ancora notevoli sforzi nell'ambito della comunicazione e integrazione, affinché i pazienti possono essere gestiti in modo collaborativo con successo e soddisfazione di tutti gli operatori coinvolti.

La formazione in pediatria generale è estremamente diversa nelle varie nazioni europee sia per quanto riguarda il curriculum che per la durata. In poche nazioni viene sviluppato un adeguato programma formativo per i medici di medicina generale coinvolti nelle cure dei pazienti in età pediatrica .

## **L'assistenza pediatrica nei paesi europei**

A partire dal 1978, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano ha erogato l'assistenza pediatrica di base attraverso i "pediatri di libera scelta" o "pediatri di famiglia" (Pdf). Rispetto all'Europa, in Italia esiste una diversità, specie per quanto riguarda l'organizzazione dei servizi materno-infantili. In particolare esiste la peculiarità data dalla pediatria di famiglia, che comincia ad essere un modello che i paesi europei, le organizzazioni e le riviste pediatriche internazionali osservano con attenzione.

Negli altri paesi europei il pediatra viene considerato uno specialista di secondo livello e il personale paramedico svolge gran parte dell'attività preventiva e di puericoltura. Nel nostro sistema sanitario i Pdf italiani lavorano nei loro ambulatori, fornendo l'assistenza di primo livello per le patologie acute e croniche ai bambini da 0 a 16 anni, nonché occupandosi personalmente anche di prevenzione e puericoltura.

Nell'ambito di un confronto tra i vari paesi europei, con particolare riguardo alle cure primarie in pediatria, nella prospettiva di una auspicabile integrazione nel campo della sanità sono stati utilizzati dei questionari, inviati a pediatri di alcuni paesi europei e dell'area mediterranea (quali Austria, Germania, Francia, Belgio, Lussemburgo, Spagna, Svizzera, Grecia, Gran Bretagna, Slovenia, Ungheria, Repubblica Ceca e Israele) al fine di meglio comprendere come venisse erogata l'assistenza pediatrica.

In Europa ci sono 180.000 pediatri, di cui 76.000 lavorano nell'area delle cure primarie e assistono circa 170.000.000 di bambini di età inferiore a 15 anni.

Il rapporto tra numeri di pediatri e popolazione residente varia da 1 pediatra ogni 2.986 abitanti in Grecia a 1 pediatra ogni 53.846 abitanti in Irlanda (Tabella I). Se consideriamo

la sola popolazione pediatrica da 0 a 14 -15 anni la differenza è ancora piu' significativa e passiamo da 1 pediatra ogni 485 pazienti pediatrici in Grecia a 1 ogni 10.743 in Irlanda.

### Tabella I

Numero di Abitanti per pediatra (fra parentesi gli anni di specializzazione in pediatria )

<b>GREECE</b>	<b>2986 (5)</b>
<b>SPAIN</b>	<b>5318 (4)</b>
<b>ITALY</b>	<b>7200 (5)</b>
<b>GERMANY</b>	<b>7921 (5)</b>
<b>SWEDEN</b>	<b>8073 (5)</b>
<b>LUXEMBOURG</b>	<b>9211 (-)</b>
<b>SWITZERLAND</b>	<b>9570 (5)</b>
<b>PORTUGAL</b>	<b>9980 (5)</b>
<b>BELGIUM</b>	<b>10030 (5)</b>
<b>AUSTRIA</b>	<b>10854 (6)</b>
<b>FINLAND</b>	<b>11239 (6)</b>
<b>NORWAY</b>	<b>11944 (5)</b>
<b>FRANCE</b>	<b>18400 (4)</b>
<b>NETHERLANDS</b>	<b>20270 (5)</b>
<b>UK</b>	<b>53628 (7)</b>
<b>IRELAND</b>	<b>53846 (7)</b>

In Italia ci sono oltre 7.000 Pdf contro un massimo di 3.900 in Spagna, mentre i medici di medicina generale sono molto più numerosi in Spagna. Bisogna notare come in Gran Bretagna, con una popolazione simile a quella Italiana, ci siano meno di un terzo di Medici di Medicina Generale ( 23.000 contro 70.000) rispetto all'Italia. (Tabella II).

### Tabella II

**Numerosità dei pediatri in vari Paesi Europei**

	I	F	E	B	CH	D	A	GR	SLO	H	CZ	ISR
<b>PCP</b>	<b>7000</b>	<b>3500</b>	<b>3900</b>	<b>600</b>	<b>580</b>	<b>6000</b>	<b>467</b>	<b>2500</b>	<b>262</b>	<b>1600</b>	<b>2200</b>	<b>2000 *700</b>
<b>PO</b>	<b>5000</b>	<b>1000</b>	<b>2800</b>	<b>250</b>	<b>180</b>	<b>2000</b>	<b>445</b>	<b>700</b>	<b>55</b>	<b>1600</b>	<b>950</b>	<b>1000 *700</b>
<b>PU</b>	<b>1000</b>	<b>500</b>	<b>2000</b>	<b>250</b>	<b>80</b>	<b>2000</b>		<b>120</b>		<b>230</b>	<b>150</b>	
<b>PC</b>	<b>600</b>	<b>Pochi</b>	<b>500</b>	<b>50</b>	<b>20</b>	<b>600</b>		<b>500</b>	<b>0</b>	<b>240</b>		<b>100</b>
<b>MMG x1000</b>	<b>50</b>	<b>70</b>	<b>97</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	<b>60</b>	<b>11.1</b>		<b>146 +836</b>	<b>5.2</b>	<b>5.4</b>	<b>2</b>

<b>Pop. Mill</b>	<b>57.5</b>	<b>59.1</b>	<b>39.6</b>	<b>10.2</b>	<b>7.4</b>	<b>82.2</b>	<b>8.2</b>	<b>10.6</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>6.2</b>
------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	------------	-------------	------------	-------------	----------	-----------	-----------	------------

**Legenda:**

(PCP Pediatra Cure Primarie, PO Pediatra Ospedaliero, PU Pediatra Universitario, PC Pediatra Comunità, MMG Medico Medicina Generale, Pop Mill: Popolazione in milioni)

I pediatri universitari sono più rappresentati in Spagna. Si può concludere che in Italia i pediatri, comprendendo Pdf, pediatri di comunità, ospedalieri e universitari, sono in assoluto i più numerosi.

Oltre che in Italia anche in Austria, Germania, Slovenia, Spagna, Svizzera, Ungheria, Slovacchia e Repubblica Ceca esiste un'esclusiva competenza del Pdf per gli assistiti, tra 0 e 6 anni, negli altri paesi valutati l'assistenza viene condivisa con i medici di medicina generale o addirittura solo o prevalentemente effettuata dal medico di base, come accade in Gran Bretagna e nelle zone extracittadine in Francia. Tra 7 e 14 anni il Pdf rimane come unico responsabile sanitario solo in Austria, Slovenia, Ungheria, Svizzera, repubblica Ceca e Slovacchia. Tra i 15 - 16 e i 18 anni anche la Spagna e l'Italia, oltre alle già citate Gran Bretagna e Francia, demandano l'assistenza ai medici di medicina generale, negli altri paesi l'assistenza viene ancora condivisa. In Austria, nella repubblica Ceca e in Slovacchia tutti i pazienti fino a 18 anni vengono seguiti dai pediatri e in Austria il pediatra è Specialista in Pediatria e Adolescentologia.

L'attività pediatrica di famiglia in Italia viene svolta nella maggior parte in ambulatori separati da singoli pediatri: solo un 10-15% % pratica la pediatria in gruppo e la convenzione del 2000 per la pediatria incentiva anche la modalità dell'associazionismo, che sta riscuotendo maggiori consensi.

La percentuale dell'attività in gruppo è nettamente più alta negli altri paesi fino ad arrivare all'89% dei Medici di Base in Gran Bretagna, oltre all'80% in Slovenia e Ungheria.

Nella maggior parte dei paesi europei presi in esame, l'attività pediatrica ambulatoriale è svolta al 90% a tempo pieno, mentre in Belgio e in Svizzera i Pdf svolgono anche servizio ospedaliero (90% in Belgio e 40% in Svizzera).

Molto basse le percentuali di Pdf (tra il 5 e il 10% al massimo) che praticano attività di ricerca e di insegnamento e ciò avviene solo in 4 paesi: Italia, Spagna, Svizzera e Israele.

E' comune nelle varie nazioni il dato della femminilizzazione della pediatria con percentuali che nella maggior parte dei paesi supera il 50 % di pediatre donne per arrivare all'85 % della repubblica ceca. In un recente sondaggio negli Stati Uniti il 64% degli specializzandi del primo anno erano donne

Nell'ambito dell'attività ambulatoriale è utile mettere a confronto tra i vari paesi le **modalità organizzative** per quanto riguarda l'utilizzo della cartella clinica informatizzata e l'effettuazione di alcuni semplici esami di laboratorio e strumentali . La Gran Bretagna è il paese che più si serve del software clinico ed amministrativo in medicina generale nonché della possibilità di eseguire esami di laboratorio come l'esame delle urine, il tampone faringeo, ecografie e radiografie in ambulatorio.

In Italia meno della metà dei Pdf pratica semplici **esami di laboratorio**, solo il 30% utilizza la cartella clinica informatizzata e solo una minoranza usufruisce di personale pur senza una figura professionale specifica.

Il numero di pazienti per pediatra è variabile, in Italia fino a un massimo di 1000 con una media di 600 -700, mentre negli altri paesi i numeri sono molto più alti con una media di circa 2000 – 3000 pazienti considerando anche le ben diverse modalità organizzative che consentono l'apertura dell'ambulatorio di gruppo per 3 – 6 ore fino ad un massimo di 8 ore

in Gran Bretagna, Svizzera e Lussemburgo. In Belgio invece non ci sono limiti di orario neanche per il sabato e la domenica.

Per quanto riguarda il sabato, i giorni festivi e le notti in Italia, così come in Spagna, l'assistenza è di prevalente competenza dei servizi di continuità assistenziale, mentre viene garantita dai medici del territorio in tutti gli altri paesi mediante tipologie organizzative di gruppo o associazioni.

Rimangono ovviamente molte possibilità di miglioramento dell'organizzazione delle cure pediatriche, con particolare riguardo alla frammentazione dei servizi sanitari e all'utilizzo efficace delle risorse seguendo l'effettiva priorità dei bisogni di salute dell'infanzia e dell'età evolutiva.

Il Pdf in Italia svolge un importante ruolo nell'assistenza territoriale sia per la prevenzione che per le patologie acute trattabili a domicilio e per quelle croniche che richiedono un'assistenza continuativa non ospedaliera. Un problema ancora aperto non solo in Italia, ma comune anche agli altri paesi europei si evidenzia nel momento in cui si sia necessario un ricovero. In rari casi è il Pdf a mediarlo, più frequentemente il paziente si rivolge direttamente al Pronto soccorso; il paziente viene gestito dai pediatri ospedalieri che raramente comunicano con il Pdf se non attraverso la lettera di dimissione nella quale viene descritto l'andamento della degenza e vengono date le direttive per il proseguimento della convalescenza. Ciò che manca è l'interazione tra le figure professionali, manca la comunicazione delle decisioni prese e cosa ancora più importante la discussione di tali decisioni in previsione di un riaffidamento delle cure al Pdf.

In termini di globalità assistenziale possiamo pertanto porre l'accento sull'importanza della comunicazione a "doppio senso di marcia" tra l'ospedale e il Pdf; non solo per la gestione del paziente, ma anche in senso formativo diretto ai futuri pediatri in modo che il pediatra ospedaliero abbia esperienza ambulatoriale e possa rendersi conto della realtà territoriale e viceversa. È interessante notare che la comunicazione tra Ospedale e territorio risulta soddisfacente solo in Svizzera, paese nel quale un'elevata percentuale di pediatri ambulatoriali lavora anche in ospedale.

La necessità di una figura professionale pediatrica operante totalmente in ambito ospedaliero sta emergendo anche negli Stati Uniti dove il Pediatra di famiglia era anche il medico curante durante la degenza ospedaliera. La riduzione delle risorse economiche e la necessità di migliorare la qualità dell'assistenza hanno comportato questa modifica del tradizionale modello organizzativo sanitario.

Negli Stati Uniti sta peraltro emergendo la figura dell'Ospedaliero, definito come un medico che spende almeno il 25% del suo tempo prestando cure a pazienti ricoverati in ospedale inviati dal medico delle cure primarie, che sono poi dimessi dall'ospedale e riaffidati alle cure del proprio medico. Le caratteristiche del "nuovo" ospedaliero americano sono la sua maggiore competenza per le malattie oggetto di ricovero con particolare riguardo agli aspetti di medicina basata sull'evidenza, alle capacità di comunicazione e all'efficienza gestionale con riduzione dei tempi di ricovero. Inoltre il pediatra ospedaliero degli USA dovrebbe avere una maggiore disponibilità di tempo in quanto già operante all'interno della struttura, la necessità di una visione da generalista e non da subspecialista, per valutare l'intero paziente senza focalizzarsi solo su un organo o una malattia, la capacità di occuparsi di problemi psicosociali, la competenza nell'affrontare la comunicazione con il paziente, il medico curante, i consulenti.

D'altro canto il pediatra ambulatoriale avrà invece più tempo per l'attività nel suo studio, come richiesto dai pazienti e dalle assicurazioni. Libero dagli impegni di cura ai pazienti ricoverati si potrà dedicare ai casi che non necessitano di ricovero ospedaliero, come lo sono la maggior parte delle malattie acute e croniche, oltre che ai molti problemi di tipo

relazione e psicosociale. I medici del territorio americani potrebbero inoltre essere maggiormente coinvolti in alcuni problemi complessi, che necessitano di notevole impegno di tempo, per l'organizzazione e il coordinamento delle cure come i casi che necessitano di assistenza domiciliare o le dimissioni precoci dall'ospedale.

Non è ancora definito il numero dei pediatri ospedalieri che potranno essere necessari negli USA, ma sicuramente molti meno dei possibili ospedalieri dell'adulto, il cui fabbisogno è stato stimato, sempre negli USA, in ragione di 1 ospedaliero ogni 8 medici di medicina generale.

Nella nostra sanità con una assistenza sanitaria orientata ancora sull'ospedale, i numeri tuttora sono decisamente diversi.

È interessante notare anche che la riduzione della durata dei ricoveri, secondo gli studiosi del fenomeno (Bellet PS, Pediatrics, 2000), è legata allo sforzo di miglioramento della comunicazione, tra il "nuovo" ospedaliero e il curante. "Quando i pazienti vengono ricoverati presso questo nuovo tipo di servizio, il medico ospedaliero spiega che lui sta lavorando in accordo con il medico curante del paziente. In questo modo si vuole sottolineare la stretta collaborazione tra gli operatori per ottenere la fiducia del paziente. È possibile che sia l'ospedaliero che il pediatra curante siano stati più disponibili alla dimissione precoce perché c'è stata una comunicazione migliore sul programma terapeutico e di follow up con una maggiore conoscenza tra i medici ospedalieri e il medico curante."

Un diverso aspetto di organizzazione dell'attività è stato discusso in un recente lavoro (Forrest CB, Arch Pediatr Adolesc Med 2000) le metodiche di richiesta di una consulenza specialistica e la soddisfazione del medico inviante per le cure ricevute dal paziente.

Negli Usa, in questo caso, avviene quanto avviene anche da noi: i pediatri curanti inviano informazioni allo specialista solo nel 50% dei casi; i consulenti, a loro volta, mandano una lettera al curante solo nel 50% dei casi.

In merito alla soddisfazione per l'assistenza ricevuta dai pazienti il pediatra curante "valuta la consulenza in modo più positivo se lo specialista discute in modo esplicito nella sua lettera un programma di gestione comune del problema sanitario del paziente". Gli autori concludono che in futuro sarà opportuno fare ricerca per sviluppare progetti di collaborazione tra pediatri curanti e consulenti, in particolare nella gestione dei pazienti cronici.

D'altra parte considerando l'aumento di produttività (maggiore numero di visite) richiesto ai pediatri dalle Assicurazioni, è verosimile che queste attività di comunicazione "non potranno essere molto seguite."

Un altro articolo presenta il punto di vista dei genitori (Miller M.R, Pediatrics, 2000): "il bisogno di una condivisione funzionale della responsabilità delle cure del paziente" è la loro prima scelta per l'assistenza ai propri figli con malattia cronica. La maggioranza di un gruppo di genitori di adolescenti affetti da cardiopatia congenita preferiscono usare il medico come primo interlocutore per tutti i problemi di salute e anche per quelli di tipo cardiologico, auspicando un modello di gestione collaborativa tra il medico curante e il cardiologo, pur se con l'aumentare della gravità della patologia cardiaca aumenta il ricorso al cardiologo.

La situazione delle cure pediatriche negli Stati Uniti è notoriamente molto diversa: alti livelli di cura ad altissimi costi per circa l'80% dei pazienti in età pediatrica (0 – 18 anni con l'intenzione della American Academy of Pediatrics di proseguire l'assistenza fino ai 21 anni), ma almeno un 20% di bambini ed adolescenti senza nessun tipo di assistenza pediatrica, fatte salve le urgenze in strutture ospedaliere statali.

Negli ultimi 20 anni l'assistenza pediatrica primaria negli Stati Uniti è sempre più effettuata dai pediatri con un aumento dal 1990 al 2000 dal 56.2% al 64.2 %. Nello stesso periodo le visite dei pazienti da 0 a 17 presso i medici di medicina generale sono scese dal 33.7% al 23.9 %. Rimangono da determinare le ricadute sulla qualità dell'assistenza, sulla pianificazione assistenziale ed economica di queste variazioni.

## **Formazione**

Interessanti dati sono reperibili nel FOPE 2 (Future of Pediatric Education 2), il monumentale progetto collaborativo della comunità pediatrica americana, in cui viene analizzato il presente e futuro della pediatria in base ai bisogni di bambini, adolescenti e adulti del 21 secolo. Quasi 42.000 pediatri generalisti e oltre 10.000 subspecialisti: il 70% dei pediatri lavora principalmente in ambulatori sul territorio, con un aumento del 38 % di pediatri generalisti tra il 1988 e il 1998. Il nuovo ruolo del pediatra ospedaliero full time è già stato discusso, con un progressivo aumento della attività ambulatoriale dei pediatri generalisti, che non dovranno più seguire i pazienti in ospedale, per poter affrontare problemi sempre più complessi, come i pazienti con malattie croniche e i disturbi psicosociali.

Interessanti sono le conclusioni in merito alla pediatria generale e subspecialistica con la conferma che la prevenzione e l'assistenza collaborativa al paziente cronico saranno le responsabilità più impegnative per la pediatria delle cure primarie del futuro. Si conferma l'espansione del ruolo della figura del generalista, come legame tra cure di primo e di terzo livello. Anche nella realtà pediatrica italiana i futuri programmi di educazione medica continua dovrebbero essere basati sull'analisi dei veri bisogni formativi e prevedere percorsi di formazione comuni e integrati tra Ospedale e Territorio e tra Consulenti e Curanti. Quest'appassionante attività potrebbe contribuire ad "avvicinare" la pediatria universitaria e ospedaliera a quella territoriale, fornendo un ulteriore appoggio per quella comunicazione così importante per il bene del bambino che deve sempre rimanere il solo e unico scopo di tutta l'organizzazione dell'attività pediatrica.

In ambito europeo si assiste per ora a una enorme diversità di impostazione della formazione in pediatria sia per quanto riguarda la durata del corso di specializzazione che per il tipo di curriculum studiorum.

Lo European Board of Paediatrics, organizzazione interna al CESP - Confederazione Europea Specialisti in Pediatria ha pubblicato un syllabus per il Common Trunk (Tronco Comune) cioè i primi 3 anni, che viene però molto poco utilizzato e di fatto è poco conosciuto. Vengono estesamente delineati le caratteristiche principali della formazione in Pediatria Generale, le necessità formative in merito allo sviluppo fisiologico del neonato, lattante, bambino e adolescente, le conoscenze necessarie per l'assistenza al paziente sano o con malattia acuta, l'assistenza al cronico, il sapere e saper fare in pediatria sociale e preventiva, l'uso di strumenti diagnostici semplici oltre che alle comuni conoscenze di pediatria generale.

I vari paesi Europei non hanno al momento una uniformità nei programmi delle scuole di specialità in Pediatria, anche se nella maggior parte dei paesi la durata è di 5 anni e un percorso formativo tipo 3 + 2, con 3 anni di tronco comune e due anni di indirizzo, come dovrebbe avvenire anche in Italia è l'iter più comune, anche nei paesi entrati recentemente nella Unione Europea. (Tab 3) . Può essere interessante notare come i paesi con il minor numero di pediatri e il maggior numero di pazienti pediatrici per pediatra, come l'Irlanda e l'Inghilterra abbiano anche la più lunga durata del periodo di formazione, che è di 7 anni.

**Tabella 3**

Durata della Specializzazione, Attivazione del 3+2, Uso del Syllabus CESP per il Triennio Comune

Nazione	Annidi Specializzazione	Programma 3+2	Uso Syllabus
Austria	6	No	No *
Belgium	5	No	No
Denmark	5	No	No
Finland	6	Si	Si
France	4	No	No
Germany	5	Si	Si *
Greece	5	Si	Si
Ireland	7	No 2 CT + 5	Si
Italia	5	Si *	No
Luxembourg	Specializzazione all'estero	-	-
Netherlands	5	No *	Si
Norway	5	No	No
Portugal	5	Si	Si
Spain	4	No*	No
Sweden	5	No	No*
Switzerland	5	No*	No
UK	6 - 7	No * +1	No*
Cyprus	5	Si	Si
Czech Rep	6	No	No*
Hungary	5	No	No
Latvia	5	Si 2004	Si 2004
Slovenia	5	Si	Si
Israel	4.5	No	No

#### \*In Futuro

Anche la Formazione Medica Continua si presenta con aspetti totalmente differenti nei paesi europei: ancora non obbligatoria in molti paesi, mentre in altri, come l'Olanda, si è già giunti alla ricertificazione ogni 5 anni con formazione a distanza utilizzando programmi on line dell'AAP e processi di valutazione da parte di verificatori esterni della qualità dell'assistenza fornita con un iter simile a quanto previsto nel Manuale di Qualità della FIMP. Nel Regno Unite si è già passati dalla Formazione Medica Continua allo Sviluppo Professionale Continuo con la documentazione quinquennale di svariate attività anche assistenziali con libera scelta da parte del pediatra del percorso formativo, all'interno di uno schema generale prefissato.

In considerazione del fatto che in molti paesi europei la assistenza ai pazienti pediatrici viene di fatto condivisa con in Medici di Medicina Generale è stata fatta recentemente una analisi preliminare del tipo e durata della formazione pediatrica per Medici di medicina Generale, che dimostra come anche in questo caso esista una estrema variabilità nei vari paesi europei, passando da una assenza totale di formazione pediatrica a 3 o massimo 6 mesi di frequenza di reparti pediatrici ospedalieri. (Tabella 4 )

Nei paesi ove non ci sono pediatri delle cure primarie, il personale medico o paramedico che effettua l'assistenza ai bambini in ambito ambulatoriale nel territorio, dovrebbe seguire un percorso formativo completo in pediatria generale delle cure primarie, anche a livello ambulatoriale e dovrebbe svolgere la propria attività in una struttura ambulatoriale territoriale sotto la supervisione di un pediatra generalista delle cure primarie.

**Tabella 4 La formazione in Pediatria per Medici di Medicina Generale in Europa ( a cura della dr.ssa Barbara Goeggel, PWG – CESP )**

Nazione	Formazione Obbligatoria ( durata )	Optional (U=usuale, R=durata Raccomandata)	Commenti	Durata totale della formazione MMG
Austria	4 m			3 a
Belgium	No	No r		
Cyprus	6 m			
Denmark	No			5 ½ a (1 ½ + 4)
Estonia	5 m			
Finland	No	No r U: 0-6 m		2 a
France	3 m	R: 6 m	MMG in formazione ritengono importante pediatria la	3 a
Germany	Corso 40-80 o	R: 6 m		
Greece	3 m			2 a
Hungary	3 m	R : ulteriori 3 m		2 a
Italy	2 m		Solo in ospedale	2 a
Latvia	3 m			3 a
Luxembourg			No Facolta' di Medicina . Lauree estere riconosciute	
Netherlands	None	No r		3 a
Norway	None	No r	Solo lezioni	1 a
Portugal	3 m	No r	Da aumentare a 6 m	3 a (da portare a 4a )
Slovenia	3 sett			3 a
Spain	3 m	R: ulteriori 3 m		3 a



Sweden	3 m	R: 4 m		5 a
Switzerland	No	No r	1 anno in futuro	5 a
U.K.	No	U: 6 m	da definire	3 a
Czech Republic	No	No	MMG non seguono bambini	
Slovakia	No	No	MMG non seguono bambini	
Lithuania	4 m			4 y
Israel	6 m			3 y
Ireland	No	R/U: 6 m	Optional examination	4y

## Conclusioni

In un recente documento preparato per una interpellanza al Parlamento si richiede:

1. che sia definita a livello europeo l'età di competenza pediatrica, che non può essere inferiore ai 18 anni, in sintonia con quanto prevede la Convenzione Internazionale sui Diritti del bambino.
2. che sia affermato il principio che, indipendentemente dal modello assistenziale, il pediatra è il medico naturale del bambino
3. che sia riconosciuto al bambino il diritto ad una sua specificità assistenziale
4. che il bambino non subisca riduzioni di servizi pediatrici territoriali dipendenti da condizionamenti legati a politiche di sostegno economico
5. che sia garantito nell'iter formativo delle scuole di specializzazione in Pediatria una idonea e specifica formazione in pediatria delle cure primarie (o pediatria ambulatoriale) anche attraverso la frequenza presso gli studi dei pediatri di famiglia
6. che il pediatra generalista debba comunque essere il supervisore delle cure primarie territoriali, quando queste vengano ad essere effettuate da medici di medicina generale o personale paramedico

Il futuro della pediatria delle cure primarie vedrà l'affermarsi di team interdisciplinari composti da specialisti e da personale paramedico specializzato in pediatria, la cura del singolo verrà effettuata sempre più in una visione di salute pubblica. L'attività del pediatra delle cure primarie verrà svolta nel territorio fortemente integrata con le varie strutture assistenziali con l'obiettivo di creare una casa pediatrica e potrà essere assicurata attraverso modelli organizzativi innovativi con l'utilizzo anche di moderne tecnologie informatiche. La formazione dovrà partire dalla genetica per passare attraverso la malattia d'organo, alla valutazione della persona e del suo benessere nella vita in comunità per consentire la globalità dell'assistenza e la continuità delle cure.

Una attenta analisi dei programmi di assistenza pediatrica e dei risultati ottenuti nei vari paesi sviluppati nell'ottica di un confronto tra pari potrà permettere di soddisfare i bisogni del futuro del nostro mondo, i bambini e anche dei pediatri attuali e futuri di tutte le nazioni.

## **Bibliografia per approfondire**

Del Torso S., Bussi R., DeWitt TG  
Primary Care Pediatrics in Italy  
Pediatrics 1997,99,1

Del Torso S.,Luchelli R.,Camporese E.,Meneghelli G.  
Il pediatra del territorio in Italia e in Europa  
Riv Ital Pediatr (IJP) 1998, 24:808 –811

La organizzazione delle cure pediatriche primarie in Europa  
Camporese E.,del Torso S.  
Il Medico Pediatra 1999, 3,161- 164

Meneghelli G.  
Analisi dei fattori di crisi dell'assistenza Pediatrica  
Il Medico Pediatra 1998 :7,5

Schuster MA, Duan N., Regalado M., Klein D.  
Anticipatory Guidance  
Arch Pediatr Adolesc Med 2000;154:1191-1198

Bellet PS, Withaker R  
Evaluation of a Pediatric hospitalist Service: Impact on Length of Stay and Hospital charges  
Pediatrics,2000,105,478- 482

Forrest CB,Glade GB,Baker AE et al  
Coordination of Specialty referrals and Physician Satisfaction with referral care  
Arch Pediatr Adolesc Med 2000,154 :499- 501

Miller M.R, Forrest CB, Kan JS  
Parental Preferences for Primary and Specialty Care Collaboration in the Management of teenagers with Congenital Heart Disease  
Pediatrics,2000,106:264-268

The Future of Pediatric Education II  
Pediatrics 2000,105,Supp1

Basic Pediatric Training – Common Trunk Syllabus  
CESP Document [www.uems.be/paediatr](http://www.uems.be/paediatr)

del Torso S, Sedlak W  
Education in Primary Care Pediatrics,  
CESP document [www.uems.be/paediatr](http://www.uems.be/paediatr)

Cheng T  
Primary Care Pediatrics : 2004 and beyond  
Pediatrics 2004, 113(6):1802 –1809