

Gli specializzandi interrogano i pediatri

Michele Salata*, Angelo Di Giorgio**

*Presidente ONSP, Osservatorio Nazionale Specializzandi Pediatria; **Clinica Pediatrica, Università di Catania

Parole chiave Specializzandi in Pediatria. Pediatri

L'“ONSP”, Osservatorio Nazionale Specializzandi Pediatria, nasce da un'idea tra gli specializzandi che parteciparono al “Primo Incontro Nazionale degli Specializzandi di Pediatria d'Italia”, che si svolse l'1 ottobre 2001 a Venezia nell'ambito del 57° Congresso Nazionale SIP.

Per la prima volta, specializzandi di Pediatria di diverse Scuole si ritrovarono in uno spazio riservato a loro e alla verifica e valutazione del loro percorso formativo di 5 anni di specializzazione. Con l'introduzione dell'orario a tempo pieno, della borsa di studio e del coinvolgimento degli specializzandi nella totalità delle attività del pediatra (D.Lgs. 257/91 e 368/99) la figura e il ruolo dello specializzando sono radicalmente cambiati. Se quanto scritto sulla carta poteva sembrare molto buono e garantire una formazione adeguata a tutti gli specializzandi, la realtà nelle 42 Scuole di specializzazione in Pediatria in Italia è a tutt'oggi assai varia e in diverse situazioni non segue per molti aspetti le indicazioni date dai due Decreti Legislativi.

L'ONSP nasce così come strumento non di protesta, ma di proposta. Lo slogan che abbiamo scelto è “Lo specializzando protagonista della sua formazione”; sta ad indicare la volontà ferma di ricevere un'adeguata formazione durante i 5 anni, di prenderla, per poter essere dei pediatri competenti e competitivi in Italia, ma anche in Europa e nel mondo. La parola “protagonista” non vuole indicare “autodidatta”, ma sta a significare che non possiamo aspettare che la formazione arrivi dall'alto, ma dobbiamo affiancarci ai nostri direttori e docenti e contribuire al miglioramento del percorso formativo che svolgiamo negli anni della specializzazione, così da lasciare una Scuola “sempre un po' migliore” (vedi *Confronti “Giovani”*, Trieste, 3 dicembre 2005) agli specializzandi che verranno dopo di noi. Assolutamente non autodidatti! “Abbiamo bisogno di Maestri!” Questo

è lo slogan che è riecheggiato nei giorni del “Primo Congresso Nazionale ONSP” che si è svolto nel maggio 2004 a Sciacca (AG). Appuntamento che si è rinnovato nel 2005 arricchito di un evento veramente speciale, il “1th European Meeting on Paediatric Emergency Medicine and Neonatal Intensive Care Training”, presieduto dal prof. J. Ramet, Segretario del CESP e Presidente dell'ESPNIC, con la partecipazione di esperti europei nella formazione in Pediatria d'Urgenza Emergenza: il prof. Chéron del Necker di Parigi, il prof. Benito di Bilbao, la prof.ssa Da Dalt di Padova e il prof. Carnielli di Ancona responsabile dell'“Educational board and accreditation program” dell'European Society of Neonatology. Proprio in questa occasione si è deciso di stilare le linee guida europee per la formazione in Pediatria d'Urgenza Emergenza (*Prospettive in Pediatria*, n. 141, pagine ONSP, in press).

Scopo dell'ONSP è pertanto quello di essere stimolo al continuo miglioramento dei percorsi formativi all'interno delle singole Scuole. Non una spina nel fianco ai direttori ma uno strumento a loro disposizione, per confrontare le realtà esistenti nelle diverse Scuole, condividere soluzioni e proposte formative, oltre a essere noi stessi promotori di eventi formativi, quale è appunto il Congresso Nazionale (invitiamo tutti i pediatri alla 3^a edizione a Sciacca il 25-26 maggio 2006) e i vari corsi di formazione riservati agli specializzandi che l'ONSP promuove e che devono essere stimolo da portare nelle proprie Scuole affinché il corso divenga strumento di formazione per tutti gli specializzandi della Scuola. All'interno dell'ONSP esistono 7 Gruppi di Lavoro ONSP in settori specifici della formazione (Pediatria d'Urgenza Emergenza, Pediatria di Famiglia, Pediatria nei Paesi in via di sviluppo, EBM, Formazione in Europa, Network Italiano Acido Folico, Medicina dell'adolescenza e Maltrattamento e abuso di minori). Hanno lo scopo di promuovere attività formative specifiche in questi ambiti in tutte le

Scuole. Nella pagina web www.onsp.it si possono trovare tutte le informazioni relative all'ONSP e alle varie attività.

Crediamo che ogni pediatra dovrebbe un po' sentirsi il nostro “fratello maggiore”, non dimenticare la strada già percorsa, anzi adoperarsi perché la formazione del pediatra di domani sia sempre migliore.

Cinque domande ai pediatri

E chi più di coloro che hanno già percorso questa strada può dare i consigli migliori per cambiare in meglio?

Per questo rivolgiamo a tutti i lettori di *Quaderni acp* alcune domande che ci piacerebbe aprissero un dibattito che, come nostra abitudine, altro non vuole avere se non lo scopo di un confronto costruttivo, uno scambio di esperienze, fonte inesauribile di idee per il miglioramento. Ecco le domande:

1. Cosa ricordate dei vostri anni di Specializzazione in Pediatria?
2. Qual è stata l'occasione formativa che considerate più importante per la vostra successiva professione?
3. Che cosa vi è mancato negli anni della Specializzazione?
4. Quale consiglio daresti a uno specializzando al primo anno di Scuola?
5. Qual è la cosa più necessaria nella vostra professione?

Grazie dello spazio e dell'attenzione che da diversi anni, come ACP, ci state riservando, segno di sensibilità e testimonianza della convinzione che investire nella formazione dei giovani pediatri sia l'unica garanzia per la Pediatria italiana del futuro. Formazione che deve avvenire all'interno delle Scuole, nelle nostre Università, ma che deve abituare il giovane pediatra a ragionare con la propria testa, a rendersi conto quanto prima di quali e quante siano le problematiche del lavoro quotidiano del pediatra. È necessario conoscere il ruolo privilegiato che il pediatra svolge oggi nella crescita e nello sviluppo psico-sociale oltre che fisico dei

Per corrispondenza:
Michele Salata
e-mail: onspediatria@hotmail.com

organizzazione sanitaria

bambini di oggi... In un momento di tante incertezze, costituisce la vera garanzia, il punto di riferimento per la crescita dei nostri figli.

Le risposte dei pediatri

Abbiamo girato le domande degli amici specializzandi a un certo numero di lettori. Ecco le loro risposte.

Stefania Manetti

Pediatra di famiglia, Sorrento (Napoli)

1. I ricordi di quegli anni sono legati prevalentemente alla frequenza presso la Clinica Pediatrica del vecchio policlinico napoletano; ambiente molto "vecchio" e "polveroso". Nonostante ciò ho avuto la possibilità di poter frequentare un reparto per quel periodo, inizi anni '80, aperto alle innovazioni e con un direttore, il prof. Rosario di Toro, accogliente, attento a noi giovani, disponibile ed esperto. Credo che in quel contesto si siano radicati il piacere e la voglia di fare il pediatra; dopo i primi due anni ho avuto la consapevolezza di avere fatto una scelta per me adeguata.
2. L'occasione formativa più importante è stata senza dubbio il Congresso di Copanello del 1981 in cui ho avuto l'opportunità di conoscere il mondo dell'Associazione Culturale Pediatri; è stato il primo incontro con l'ACP e quello che ha segnato gran parte del mio successivo percorso formativo e umano. Gli incontri di Copanello sono stati per noi pediatri del Sud indimenticabili momenti di crescita per la nostra formazione; Pasquale Alcaro, Nicola d'Andrea, Franco Panizon sono stati umanamente e professionalmente forti punti di riferimento.
3. Mi è mancata la possibilità di un reale confronto con molti dei docenti e l'opportunità di una crescita formativa vera. Mi è mancata la possibilità di poter fare un'esperienza in un Paese in via di sviluppo, in un momento in cui realisticamente potrebbe essere concretizzabile e, a mio avviso, contribuirebbe molto a formare la mente di un buon pediatra. Mi è anche molto mancata la condivisione delle esperienze di quegli anni con i miei colleghi di corso.
4. Di essere aperto a tutte le esperienze formative; di studiare con rigore e con grande apertura mentale, di acquisire gli stru-

menti utili ai fini di una conoscenza basata rigorosamente su evidenze scientifiche e nello stesso tempo di guardare al proprio lavoro futuro come a un qualcosa di utile allo sviluppo di una comunità.

5. Nella mia esperienza di pediatra di famiglia la cosa più necessaria è quella di non cadere nella routine del lavoro, di avere l'occasione di confrontarsi con gli altri e di cercare sempre di osservare dall'esterno il proprio operato per poter migliorare il "saper essere" un buon pediatra. La capacità di osservazione e di comunicazione è altresì necessaria, come la consapevolezza che spesso si impara tanto dai propri pazienti e molto dai propri errori. Necessario è anche aggiornarsi in maniera continua e rigorosa cercando le vie e le modalità giuste.

Federica Zanetto

Pediatra di famiglia, Vimercate (Milano)

1. Ci dovevamo "arrangiare", spesso si operava allo "sbaraglio", con un faticoso lavoro di autoapprendimento... certamente non c'era un progetto formativo mirato, pur frequentando un ambiente culturalmente aperto e con stimoli sempre nuovi come il reparto diretto dal prof. Maserà a Milano.
2. La conoscenza dell'Associazione Culturale Pediatri (Scuola di Specialità diretta dal prof. Sereni e Clinica diretta dal prof. Maserà), e delle sue iniziative editoriali (*Novità in Pediatria, Medico e Bambino*): avevo incominciato a capire che, accanto al sapere accademico, erano cruciali il commento di letteratura ed evidenze, la ricerca come occasione formativa e l'acquisizione di capacità utili ad affrontare i problemi. Non mi era però stato possibile allora iscrivermi all'ACP in quanto specializzanda. Mi sono associata successivamente, già pediatra di famiglia da qualche anno.
3. Mi è mancato un maestro: al di là delle conoscenze apprese sui banchi della scuola, mi è mancato qualcuno che, in quel particolare momento della mia formazione, mi affiancasse nell'imparare ad applicare il sapere correttamente "sul campo", ad analizzare e affrontare i problemi. Molto era affidato all'iniziativa personale. Ho riletto più volte in questi anni il passaggio della relazione del presidente all'8° Congresso ACP (Verona),

che riguardano appunto "il maestro" (*Quaderni acp* 1996;3: 22-7): "Il maestro è colui che non insegna la verità o un metodo per trovarla ma il modo di cercarli ed egli offre l'esempio di come li si cerca: con la chiarezza del pensiero e del vivere quotidiano. Non cerca di formare copie del suo modo di fare medicina, cerca di formare intelligenze indipendenti capaci di orientarsi nel giro convulso delle occasioni e delle offerte (e delle tentazioni a trasgredire la propria intelligenza e il proprio cuore) che capiteranno al suo discepolo. Se offre schemi o linee guida lo fa per cominciare a dare al suo allievo la sicurezza iniziale. In questo mondo caratterizzato (positivamente o negativamente non importa) non si sa bene se da una eclisse o da una banalizzazione dei valori, almeno una cosa dovrebbe rimanere da imparare: la capacità di ognuno di dotarsi di una via sicura per compiere il proprio mestiere di intellettuale che ha il compito di occuparsi di coloro che diventeranno uomini vent'anni dopo, di occuparsi del modo di come essi staranno in quel tempo. Si tratta, quindi, di avere nelle università personaggi capaci non già di "fare scuola" o, peggio, di "fare scuole"; si tratta di avere professori capaci non già di produrre fan e allennarli in ricchissimi ambulatori, ma capaci di produrre scolari. Le università medievali, in cui gli studenti si sceglievano i maestri e il rettore e con essi facevano vita in comune, ci sono state tramandate come "università di scolari". Il problema vero è di avere nel momento della formazione qualcuno con cui scambiare, da pari a pari, i saperi; avere un maestro significa lavorare a correggersi a vicenda ed è ovvio che in questo processo chi ha più sapere lo trasfonde, ma soprattutto trasfonde la capacità di affrontare i problemi: che è tutto quello, e forse solo quello, che deve essere trasfuso. Noi - pediatri o medici, giovani e meno giovani - paghiamo tutti, o abbiamo pagato, lo scotto di avere frequentato una università rarefatta di siffatti maestri: ciò ci ha costretto spesso o quasi sempre, a una faticosa (e pericolosa, per i nostri assistiti) operazione di autoapprendimento che è stata lo scopo principale della esistenza dell'ACP.

4. Le parole chiave mi sembrano essere: motivazione, umiltà, curiosità, apertura mentale. Cruciale è l'attenzione alle evidenze scientifiche e alla loro corretta applicazione in campo clinico, accanto agli aspetti comunicativi e relazionali. Altrettanto cruciale è acquisire la capacità di scegliere le "vere" occasioni formative e di confronto.
5. Non cadere nella routine ed essere in grado di capire, anche con il confronto tra pari, se si sta operando in modo il più possibile indipendente dai numerosi condizionamenti.

Gianfranco Mozzarella
Pediatra ospedaliero, Napoli

1. La consapevolezza che "era giunta l'ora della responsabilità". Il privilegio di avere quotidianamente "a mia disposizione" due tutor che hanno orientato la mia professione: S. Guandalini prima e A. Pisacane poi. L'istinto di diffidare dei falsi maestri. Lo spirito di squadra con il gruppo di ricerca. Il "gusto di godermi" la letteratura scientifica pediatrica. Il desiderio e la capacità di sognare grandi progetti di studio, di vita.
2. La ricerca di laboratorio (insegna pazienza, necessità del rispetto di regole e metodo). L'approccio quantitativo alla clinica (in concreto per me è stato un'esperienza in epidemiologia e biostatistica): "si padroneggia soltanto ciò che si può misurare" (sembra estremo e drastico ma... provare per credere).
3. Ai miei tempi (specializzato nell'87) non c'era lo stipendio. Facevo il medico prelevatore in un laboratorio, il facchino moto-munito per un'azienda di tortellini. Se avessi avuto una tranquillità economica... magari andava meglio. Anche se non è detto.
4. Non aver fretta. Scegliete poche ma ottime fonti scientifiche da consultare spesso (2-3 ottimi testi, 3-4 ottime riviste). Ogni dubbio toglietelo "a caldo" mentre il paziente è ancora nelle vostre mani: ciò che imparate "on site" ve lo ricorderete per sempre. Imparate bene l'inglese. Non sprecate tempo con i convegni "commerciali e turistici". Date per scontato – fino a prova contraria – che gli informatori scientifici mentono o comunque non lavorano quasi mai per il bene "de' ccreature" ma per l'interesse della propria azienda. Sostenete e

migliorate l'ACP. Aderite ai "No, grazie". Provate a non fare le visite private, tranne che non sia strettamente necessario. L'assistenza di base è un diritto di tutti. Il rapporto privato, prima o poi, mercifica la relazione con i pazienti che diventano... clienti. E la fretta di far soldi prevale sul gusto di essere pediatra.

5. La curiosità. Lo studio con passione. Nutrirsi nella relazione con le persone. Il gioco. La sincera consapevolezza dei propri limiti. Il confronto – talvolta scontro – con altri colleghi, seri. Il desiderio di fare meglio; potendo, nell'umiltà.

Francesca Siracusanò
Pediatra di famiglia, Messina

1. La noia di lezioni frontali con docenti assolutamente inadeguati, la non fruibilità della biblioteca, l'inaccessibilità alle riviste, un mondo chiuso autoreferenziale che non dialogava con nessuno, i pochissimi scambi culturali, il non sapere nulla del mondo del lavoro e di che lavoro avremmo affrontato.
2. Avere avuto l'opportunità, poiché facevo parte di un gruppo che si occupava di endocrinologia, di partecipare a progetti di ricerca clinica e di laboratorio, due acquisizioni formative che, pur non sembrando strettamente legate alla professione, hanno avuto grande influenza sul mio rigore metodologico e sulla mia forma mentis.
3. Tutte le informazioni di medicina di comunità e di salute pubblica; la cognizione dei problemi del bambino al di là della malattia acuta; la miopia rispetto alla patologia che ti induce a sospettare sempre patologie gravi, l'approccio a ritenere che le terapie siano strettamente farmacologiche; in sintesi l'ignoranza assoluta del primo livello inteso come territorio nel quale sono poi finita a lavorare. La concezione medicocentrica della mia attività che è la cosa più grave, perché mi impediva di avere strumenti per creare alleanze con la famiglia dei pazienti.
4. Di battersi per potere frequentare anche fuori dalla scuola sia in centri di eccellenza che sul territorio e in Pediatria di base; di avere contatti per conoscere le esperienze dei suoi colleghi, e formare gruppi di autoformazione con colleghi più esperti e motivati alla diffusione delle conoscenze.

5. Avere un rapporto medico/paziente aperto, mai giudicante, sorretto da una mentalità laica, del tutto scevra da moralismi e falsi pedagogismi, e il riconoscere che i pazienti sono gli unici responsabili della propria salute e che a noi è affidato il compito di trovare e prospettare le soluzioni con il massimo rigore possibile e nel rispetto delle loro individualità.

Sergio Conti Nibali
Pediatra di famiglia, Messina

1. L'assoluta inutilità, con la noia e la sensazione di "perder tempo", delle attività di formazione "frontale" da parte di docenti che per la maggior parte non avevano nessun entusiasmo e, spesso, nessuna capacità di trasmettere "sapere"; in ogni caso saperi "teorici"; il saper fare e il sapere essere erano molto lontani dai loro obiettivi formativi.
2. Avere frequentato, per la maggior parte del tempo, un reparto per malati cronici, in cui i bambini e le loro famiglie erano posti al centro delle attività del reparto; l'aver sperimentato sul campo il "mettersi dalla parte della famiglia".
3. Una visione globale dei problemi di salute del bambino; essere stato sempre in ospedale, non avere neppure sfiorato l'aspetto del territorio.
4. Di non dare mai per scontato nulla, di porsi sempre in atteggiamento critico nei confronti dei docenti, di cercare di fare esperienze anche fuori dai reparti e in altre sedi universitarie.
5. Sapersi relazionare con i pazienti; mantenere alto e costante il livello di aggiornamento, affinando sempre di più le tecniche che servono a discernere ciò che serve (poco) dal superfluo.

Maria Edoarda Trillò
Pediatra di comunità, Dirigente ASL, Roma

1. Le corse che facevo da una sostituzione all'altra, da un reparto all'altro, da un ufficio all'altro per raccogliere documenti e certificati da presentare ai concorsi. Per me Pediatria è stata la seconda specializzazione. Mi sono laureata nel 1976 e poi ho fatto Immunologia e Allergologia Clinica. E per cominciare a lavorare ho fondato una delle prime cooperative socio-sanitarie. Ma sapete cosa mi disse, urlando, il Direttore della Cattedra di Pediatria quando gli andai a

comunicare il titolo della tesi “Organizzazione di un servizio pediatrico di base”? Era il 1978. «Le sembra una tesi questa? Lei sarà un medico di sotto terra non solo di base!!!». Credo che quando morì saranno stati in pochi a piangere!

2. Sono state due: la prima è stato il periodo di pratica clinica fatto in ospedale (non all’università), durante il corso di laurea e la prima specializzazione, con un primario clinico medico che era un vero maestro con la passione dell’insegnamento. Grazie a lui ho imparato ad ascoltare il paziente, a visitarlo, a fare delle ipotesi diagnostiche. È stato colui che mi ha tenuto la mano durante le prime endovenose e paracentesi. È l’unico, ancora ora, da cui mi farei visitare e curare se fossi ammalata. La seconda è stato il periodo di lavoro con una ONG in un Paese del Centro America (Nicaragua) dal 1986 al 1989. Ancora oggi, quotidianamente, metto in pratica quanto ho imparato lì.
3. Un vero maestro che mi seguisse nella clinica.
4. Per primo gli e le consiglierei di avere coraggio e di non rinchiuersi in reparto. La vita e la salute, gli affetti e le malattie dei bambini e delle bambine nascono e crescono nel mondo, fuori dell’ospedale e delle università. Per secondo gli e le consiglierei di non considerare tempo perso quello speso a fare le anamnesi e a parlare con i genitori su come vivono e come vive il loro figlio. Ti stimeranno di più e soprattutto ti aiuteranno ad aiutarli nel momento del dolore della malattia.
5. Studiare, essere curiosi e voler bene ai propri pazienti.

Rosario Cavallo **Pediatra di famiglia, Lecce**

1. Poco e non molto positivo; poco reparto: lo specializzando non era pagato, occorreva arrangiarsi a cercare qualche lavoro fuori; in ogni caso approccio molto “scolastico” e poco pratico.
2. Sicuramente la frequenza dei Congressi di Copanello, ma siamo già negli anni successivi alla specializzazione. L’innovazione consisteva nel ragionare “per problemi” e non in modo “nosografico” cercando una soluzione pratica nel rispetto del bambino. Faccio un esempio: uscito dalla scuola ed entrato in ambula-

torio ricordo lo smarrimento di trovarmi di fronte a una marea di virosi delle alte vie aeree; non riuscivo a trovare la “casella” classificativa e la cosa era molto frustrante.

3. Quanto appena detto, ma anche l’obbligo-diritto di vivere in reparto, l’obbligo-diritto di frequentare un ambulatorio di base e di consultorio e di medicina di comunità. Mi sono mancate le basi di epidemiologia “applicata” per acquisire una capacità di orientamento nell’interpretare il peso reale delle patologie e degli interventi proposti in terapia-prevenzione. Mi è mancato qualunque riferimento alle modalità di assistenza al paziente cronico.
4. Non so quanto sia possibile realizzarlo, ma la cosa principale da fare credo che sia *cercare dei buoni maestri*, quelli che dicono le cose vere, con sincerità.
5. Eliminare gli “inquinamenti”, almeno quelli portati non in buona fede. Credo che non ci siano più casi clamorosi di comparaggio (troppo facile evitarlo); abbondano invece i casi di lusinga, pressione, velata minaccia.

Fabrizio Fusco **Pediatra di famiglia, Valdagno (Vicenza)**

1. Ero sicuramente 25 anni più giovane, ma il ricordo più vivido sono le lotte al mattino per riuscire a visitare almeno un paziente, visto che c’erano due colleghe che già alle 7.30 avevano regolarmente finito il giro! Apprendevamo soprattutto facendo, ma senza una vera guida da parte dei professori, che erano spesso poco disponibili (con alcune lodevoli eccezioni) a insegnarci qualcosa. Un aspetto positivo è stata la frequenza di tutti i reparti della Clinica, con rotazione ogni 6 mesi circa: questo ha permesso di confrontarsi con patologie varie e variate. Un ultimo ricordo è legato al giro di quadernini tascabili, che contenevano in pratica tutto il *Nelson*, scritti dagli specializzandi; il mio era particolarmente benfatto, per cui ci ho guadagnato una moglie, che ho tuttora (e forse questo è il ricordo più tangibile).
2. Sicuramente l’attività di pronto soccorso pediatrico, diurna, notturna e festiva, che ci permetteva finalmente di visitare frotte di bambini con tutti i tipi di patologie, più spesso banali codici bianchi (in questo un anticipo della mia futura

attività di pediatra di famiglia), ma anche più impegnative patologie che non ho più rivisto... Soprattutto di notte e di domenica aumentavano le nostre responsabilità ma anche la soddisfazione. Tra l’altro questa era l’unica attività remunerata, ai tempi della mia scuola di specialità!

3. Degli anni della specializzazione rimpiango la mancanza di un vero maestro (avrei potuto imparare e fare molto di più). Rimpiango però anche la mancanza di un ruolo strutturato degli specializzandi: la frequenza in reparto era obbligatoria, ma era possibile comunque sottrarsi; non era chiaro quali fossero i nostri compiti, diritti e doveri, e del resto a questa mancanza di un ruolo chiaro e preciso corrispondeva anche una mancanza di retribuzione. Mi è mancata completamente una formazione specifica per il mio successivo lavoro di pediatra di famiglia, che ho dovuto faticosamente costruirmi sul campo.
4. Mi risulta che oggi nelle scuole di specializzazione sia tutto cambiato e mi rendo conto che la mia esperienza passata non sia trasferibile al presente. È sicuramente un vantaggio la riduzione del numero degli specializzandi, che consente loro di essere meglio seguiti e di lavorare di più e con maggiore profitto e soddisfazione. Il consiglio? Forse non aver avuto un vero maestro mi ha permesso di sviluppare nel tempo uno spirito critico indipendente “dalle Scuole”, perciò l’invito è di non accontentarsi solo di quanto insegnato in scuola di specialità, ma di imparare a leggere criticamente gli articoli della letteratura, come strumento di ulteriore crescita.
5. La capacità comunicativa e... la disponibilità all’ascolto, prima di tutto. La rapidità decisionale. Una buona organizzazione di studio. E tanta pazienza!

Mario Narducci **Pediatra di famiglia, Cavenago (Milano)**

1. Il ricordo migliore degli anni di specializzazione consiste nella possibilità di instaurare per la prima volta un rapporto diretto medico-paziente, esercitando così un minimo di responsabilità personale nella professione. La cosa invece più negativa è stata l’assenza di “maestri”, non intendendo con questo la man-

canza di persone “sapienti” nell’arte medica, ma di persone davvero interessate a insegnare, e questa carenza per una Scuola è proprio grave.

2. L’occasione formativa di maggior rilievo per me è consistita nella possibilità di seguire pazienti affetti da malattie croniche, spesso impegnative. Questa situazione ha consentito di sperimentare una verifica circa le caratteristiche e le difficoltà che mi sarei trovato di fronte nell’esercizio della pediatria di famiglia, che ho scelto in seguito.
3. Ho già fatto cenno a quello che per la mia esperienza è stato l’aspetto carente sostanziale nella scuola di specializzazione: il desiderio di insegnare non viene tenuto in alcun conto e l’attività didattica lasciata al “buon cuore” del docente.
4. A uno specializzando del primo anno, se potessi, consiglierei di non vivere da “solo” nell’ambiente universitario ma di ricercare all’interno del panorama pediatrico altri gruppi e associazioni che abbiano a cuore la formazione e lo sviluppo della professione. L’ACP è una di tali associazioni.
5. La cosa più necessaria nella professione a me pare stia nel comprendere come essa consista ultimamente nel sapersi prendere una responsabilità umana e professionale piena nei confronti dei piccoli pazienti che ci sono affidati e delle loro famiglie. I contenuti strettamente tecnici, necessari per carità, si possono sempre affinare, ma senza questa propensione – consapevole o meno che sia – il lavoro più bello del mondo può diventare una maledizione.

Andrea Gardini

Agenzia sanitaria Regione Marche, Ancona

1. Ricordo molte cose belle: il tempo passato di giorno e di notte in clinica e in neonatologia, le riunioni cliniche e gli audit da Franco Panizon, la cura con cui visitavamo i bambini, l’attenzione con cui ascoltavamo e apprendevamo dai colleghi più anziani della Clinica di Trieste, una motivazione e un impegno che è continuato dopo e che continua tuttora in altri campi. Non ricordo, francamente, cose brutte.
2. Ce ne sono parecchie
 - a. L’esame di Pediatria 2 con il prof. Marchi fatto ad alcuni colleghi dell’an-

no prima, evento che ci terrorizzava (“Vi capita in Pronto Soccorso un bambino di due anni shockato, pallido, sottopeso, 39° di febbre: che cosa fate?” Primo studente: gli metto una flebo. Bocciato. Secondo: gli faccio esami e rachicentesi. Bocciato. Gli faccio del cortisone: bocciato... e così via. “Io – dopo aver bocciato tutti, disse il prof. Marchi – gli faccio una buona anamnesi e un buon esame obiettivo”... e riprese l’esame dal primo. Mai consiglio fu più utile nella mia vita di pediatra ospedaliero).

b. Le riunioni cliniche da Franco Panizon.

c. L’attenzione all’umanizzazione di Sergio Nordio in Neonatologia e la sua raccomandazione a “non innamorarsi delle ipotesi diagnostiche: se i conti non tornano, buttale via e riprendi a pensare con la cartella sotto il naso”.

d. La prima rachicentesi andata bene sotto la guida di Duccio Peratoner.

e. Il corso di Gianni Tognoni in epidemiologia clinica (Burlo Garofolo, 1978).

3. Tempo e soldi per stare di più in clinica: dopo un anno sono andato a lavorare in ospedale ed è stato difficile perdere i propri maestri, che comunque sono stati sempre molto presenti anche dopo.
4. Scegliti un maestro di clinica e non mollarlo finché vive (per i prossimi 40 anni... auguri!!!) e poi, lavora su te stesso, scopri chi sei e ristrutturati per quanto puoi nel tuo rapporto con mamme e bambini: fatti aiutare in questo da qualcuno che ne sa più di te. Non scaricare la tua immaturità sui pazienti e non pensare che specializzarsi in Pediatria sia solo conoscere le malattie, ma soprattutto è conoscere se stessi in rapporto alle vite che accompagni nella crescita possibilmente in salute. Non passare il tempo con i pazienti a cercare le malattie, pensa all’uomo futuro e trovali i pregi: nei bambini non è difficile. Non terrorizzare inutilmente le mamme, non creare malattie inesistenti con i tuoi paroloni: ce ne sono già abbastanza per conto loro. Rassicura e accompagna. Se la malattia è grave, ascolta e spiega allo sfinimento. Ascolta prima di parlare, e mettilci il tempo che ci vuole: osserva i rapporti fra madre, padre, sistema familiare e bambino prima di fare una dia-

gnosi, ma non indulgere nello psicologismo a buon mercato: a volte le malattie vere esistono e come, e prima vanno escluse.

Visita sempre bene i bambini quando te li portano: mamma preoccupata uguale a bambino malato, nel fisico o nelle relazioni. Stai calmo, sempre.

5. La curiosità, il metodo, l’ascolto, l’empatia, il gioco, lo studio, la cultura generale.

Simona Di Mario

Pediatra epidemiologa Ceveas, Modena

1. Positivo: molto contatto con i pazienti (bambini+genitori), molte letture interessanti, molte ricerche proficue. Negativo: una certa dose di improvvisazione e disorganizzazione nella didattica.
2. La discussione dei casi clinici in reparto con professionisti di altre specialità e soprattutto con i pediatri di base.
3. Il tutore, e la discussione di tematiche centrali come, fra le altre, la salute degli adolescenti, bambini immigrati, bambini a rischio sociale (come individuarli, come intervenire), comunicazione con i genitori e con i bambini.
4. Di individuare un buon maestro e seguirlo. E uscire anche dall’ospedale, vedere come si lavora negli ambulatori e nei distretti.
5. Essere umili e saper valorizzare cosa ci dicono (o non ci dicono) i genitori e i bambini. I più grandi errori nella gestione dei casi li ho visti proprio quando il medico presumeva di sapere di più e meglio rispetto alle figure di accudimento del bambino.

Pierangela Rana

Pediatra di famiglia, Bisceglie (Bari)

1. La triste manovalanza.
2. L’attiva partecipazione all’ACP, i corsi residenziali dell’ACP, i primi Confronti in Pediatria a Trieste.
3. La migliore comunicazione con i “professori”, il rapporto più diretto con i pazienti; l’approccio alle patologie ricorrenti e croniche.
4. La frequentazione dell’ambulatorio di un pediatra di famiglia accreditato e disponibile.
5. Il sapere, la comunicazione e la fiducia dei pazienti.

Stefano Gorini**Pediatra di famiglia, Rimini**

1. La gran voglia di conoscere e approfondire lo studio della Pediatria. La curiosità e il fascino per la materia. La sensazione di avere intrapreso la strada "giusta" per me. La percezione di vivere un'esperienza formativa e clinica essenziale come medico, stando a contatto con colleghi più esperti che mi potevano trasmettere il loro sapere.
2. Il contatto con il Primario dell'Ospedale dei Bambini di Rimini, il dott. Paolo Pulga, che ci ha lasciato prematuramente 10 anni fa e che al mio primo incarico di assistente mi ha trasmesso sapere, mestiere (è stato l'unico a quei tempi a farlo) e umanità.
3. Con il passare degli anni posso dire (allora non ne ero cosciente se non vivendo un sottile disagio che non riuscivo a inquadrare) la pressoché totale assenza di trasmissione dell'esperienza umana implicata nel rapporto medico-paziente, del significato profondo dell'essere medico e di assistere anche la mamma oltre che il bambino. I miei insegnanti di allora non potevano non avere iniziato a intravedere nel loro impegno quotidiano questi problemi e invece ne ignoravano quasi totalmente l'importanza. Non "si aprivano", avevano timore di far trasparire le loro emozioni, cosa che invece sarebbe stata importante per non soffocare l'uomo a scapito del medico.
4. Per quanto riguarda invece gli aspetti tecnici mi è mancato lo studio delle problematiche materne del primo anno di vita del bambino (nessuno mai mi ha parlato ad esempio di depressione post-partum, il che mi avrebbe evitato un bel po' di revoche all'inizio della mia professione come pediatra di famiglia!), e lo studio del modo corretto di comunicare con i genitori. Consiglierei quindi di curare questi due aspetti fino dal primo anno.
5. Studiare, sapere scegliere dei buoni maestri e il giusto atteggiamento morale nei confronti di chi si ha davanti, il bambino: è il bambino il soggetto, non il pediatra. Il lavoro non è lo strumento per la realizzazione del medico – certo, anche questo – ma prima di tutto viene il bambino; il medico allora può partecipare affinché il bambino si realizzi nel

suo essere e nel suo desiderio che non è solo di stare bene in salute. Sembra banale ma non lo è, e comunque averlo chiaro per me evita l'insinuarsi di una certa delusione che capita a volte di intravedere in alcuni colleghi.

Isodiana Crupi**Pediatra di famiglia, S. Piero Patti (Messina)**

1. Il tempo trascorso in reparto e in ambulatorio accanto a Tutor (con la lettera maiuscola) che mi hanno insegnato moltissimo.
2. Il tempo trascorso in reparto e in ambulatorio, accanto al paziente e alla sua famiglia.
3. INTERNET, e quindi la facilità di recuperare articoli in tempo reale.
4. Studiare molto rimanendo accanto al paziente.
5. La capacità di counselling.

Efrem Marri**Pediatra, consulente di case farmaceutiche, Torino**

1. Quegli anni sono molto lontani. Non c'era il numero chiuso, ci si iscriveva senza problemi (anzi erano felici di prendere il danaro delle tasse di iscrizione). Andavamo in clinica per una settimana ogni anno (gli anni erano due!). Eravamo accolti con indifferenza dai nostri coetanei che facevano gli assistenti volontari. La tesi era copiare alcuni capitoli da qualche testo o qualche articolo da *Minerva Pediatrica*. Era triste, ma eravamo giovani.
2. La Pediatria l'ho imparata dopo, frequentando gli ospedali provinciali e di zona (allora si chiamavano così) dove qualche primario disponibile aveva la pazienza di impegnarsi a spiegarcela; tutto dipendeva, per me e per gli altri, da quell'incontro. Se capitavi bene o capitavi male era un puro caso. Il primario ci indicava i convegni da seguire: ricordo (non è un soffiutto per il vostro direttore) le giornate di Cesena che furono per me e per molti altri (c'era chi partiva alle 3 del mattino per venirci) una rivelazione. Lì si riusciva a chiedere e ad avere risposte; riuscii a parlare in pubblico per la prima volta nel corso di un dibattito sul valore del TAS condotta con bonomia da Martoni. Lì incontrai professori dai quali è dipesa la mia formazione e forse un po' del mio modo di

vedere la vita: Nordio, Panizon, Sereni, Vullo e forse ne dimentico qualcuno.

3. Per la mia formazione di pediatra mi è mancato tutto.
4. Oggi si può frequentare una clinica. Anzitutto non scegliere fin dall'inizio una sottospecializzazione. Lavorare nel campo generalista della pediatria e passare in ogni reparto, per lasciarsi liberi tutti i campi di attività. Non si può mai sapere che cosa ti attende nella vita e devi essere pronto ad accogliere tutte le occasioni.
5. Avere la mente sgombra; pensare che quel bambino che ti sta davanti può avere anche ciò al quale tu non stai pensando. Ricordare che spesso le mamme hanno ragione. Cercare dei maestri ai quali riferirsi, se è possibile, anche nella vita oltre che nella professione; e sapere distinguerli da coloro che maestri non sono: quelli che frequentano i simposi satellite delle ditte di farmaci (ho contribuito ad organizzarne) quasi mai lo sono. È bene ricordarselo.

Dopo l'invito dei colleghi specializzandi abbiamo inviato le loro domande ad alcuni fra i nostri più fedeli lettori e abbiamo ottenuto le risposte che pubblichiamo sopra. Se altri lettori vogliono intervenire (redazionequaderni@tiscali.it), sarà un piacere leggerli. Solo qualche commento alle risposte che coprono tutto il campo professionale del futuro pediatra. Fra l'altro parecchi di coloro che rispondono sono giunti nel campo della Pediatria di famiglia, ma sono passati nel campo ospedaliero e portano quindi una esperienza multipla. Ci sono risposte di pediatri "antichissimi" quando non esisteva il numero chiuso, ci sono pediatri "antichi" quando esisteva il numero chiuso, ma non esisteva il compenso della borsa di studio, e ci sono pediatri nuovi cioè quelli con la borsa di studio e senza il contratto di lavoro. C'è un pensiero comune che si legge in tutti: la necessità di avere dei maestri. Ci sono quelli che li nominano e li hanno trovati; ci sono quelli che sembrano avere dovuto costruire una vita professionale da autodidatti. Affidiamo ai nostri giovani specializzandi questo pensiero comune: la necessità di avere buoni maestri. Il nostro augurio è di trovarli: nel corso di specializzazione o dopo non conta. Ma continueremo il discorso sul prossimo numero. ♦