

# Pediatri solo per i bambini fino a 6 anni? Parliamone

Paolo Siani e il Consiglio Direttivo dell'ACP: Carlo Corchia, Maria Francesca Siracusano, Enrico Valletta, Chiara Guidoni, Augusto Biasini, Aurelio Nova, Maria Luisa Zuccolo, Giuseppe Cirillo

Avrete letto sui giornali circa un mese fa la proposta di limitare l'assistenza pediatrica fino ai 6 anni, proposta poi smentita dal Ministro Renato Balduzzi ("La Pediatria è una specializzazione strategica e tale deve restare").

Nonostante la precisazione del Ministro che sembra togliere ogni dubbio sul fatto che la proposta è sbagliata e non percorribile, l'ACP ha voluto in ogni caso esprimere la propria posizione perché crediamo che di questo problema si continuerà a discutere.

Anche i Presidenti delle tre principali associazioni pediatriche europee, European Academy of Pediatrics, European Pediatric Association e la Confederazione Europea dei Pediatri delle Cure Primarie, di cui fa parte anche l'ACP, hanno scritto una lettera al Ministro della Salute per ribadire che gli unici medici per bambini e adolescenti sono i pediatri.

Noi pensiamo che l'assistenza pediatrica andrebbe estesa fino a 18 anni, comprendendo l'età adolescenziale che al momento è terra di nessuno e che invece è un'età in cui i ragazzi e le ragazze hanno bisogno di un punto di riferimento che oggi trovano spesso nel loro pediatra con cui hanno instaurato nel tempo un rapporto di fiducia; e i pediatri sono pronti, perché formati culturalmente, ad accogliere, a riconoscere e a curare i disagi di quest'età che vanno dal rischio di tossicodipendenze alla dipendenza da internet, agli squilibri alimentari, all'abuso di alcol. Abbiamo sempre proposto e difeso l'approccio globale al bambino non solo alla diagnosi e cura di problemi di salute, ma focalizzato soprattutto alla promozione del benessere della maternità, dell'infanzia e dell'adolescenza. E il pediatra ha maturato in questi anni competenze specifiche.

Il disagio psico-sociale, le disabilità in età evolutiva, congenite e acquisite, le malattie croniche rappresentano per il sistema assistenziale una delle sfide più rilevanti e ancora oggi affrontate in modo non del tutto adeguato, per scarsa tempestività, precocità e appropriatezza

degli interventi, frammentazione dei servizi sanitari e mancata integrazione dei servizi sanitari-sociali-educativi.

Per queste condizioni occorre un intervento integrato e multi-professionale. Il pediatra ha imparato a stabilire connessioni e a occuparsi di queste problematiche essendo una delle poche figure professionali del Servizio Sanitario Nazionale che si sforza di dare risposte concrete a queste famiglie.

Per questi motivi l'assistenza pediatrica non può essere confinata tra 0 e 6 anni. Ma il problema c'è ed è inutile nasconderselo: il numero dei pediatri in Italia sta per diventare insufficiente. Lo avevamo provato con l'indagine nel 2002, lo ha ribadito poi anche la SIP. Anche i modelli di assistenza pediatrica esistenti in Europa sono tutti in crisi, sia per motivi economici (Italia, Spagna) sia per il peggioramento degli indicatori di salute (Inghilterra). Occorre ripensare al modello organizzativo di cure primarie anche da 0 a 6 anni, e il punto centrale non è il massimale di assistiti a cui arrivare, ma quale modello di assistenza fornire.

La Pediatria sta cambiando. È vero, come afferma il prof. Panizon, che la Pediatria, che un tempo era lavoro di trincea sul fronte in cui la mortalità era più alta, ha cambiato faccia da quando nessun bambino muore più e i bisogni veri si sono tanto modificati da essere mal distinguibili. È vero che ha bisogno (urgente?) di sapere cosa farà "da grande", quanti pediatri generalisti le servono davvero, e quanti "sottospecialisti", e dove vanno messi, e di che tipo di preparazione hanno bisogno. È vero che sono diminuite le malattie acute e quelle infettive, e sono in aumento le croniche e le multiproblematiche. È altrettanto vero poi che durante i mesi invernali tutti i pediatri, al Nord e al Sud, sono oberati di richieste di visite e ricoveri per l'influenza e non si riesce ad arginare un'enorme richiesta di aiuto che ha poco di sanitario e molto di sociale e di sostegno alla genitorialità.

Per tutti questi motivi pensiamo che vada ripensato il modello organizzativo di cu-

re primarie e trasformata la Pediatria di famiglia e incoraggiata sempre più la Pediatria di gruppo, con ambulatori aperti 12 ore al giorno e sei giorni alla settimana, con un'adeguata assistenza infermieristica che risolva i problemi di puericultura, educazione sanitaria, e sia in grado di eseguire semplici test diagnostici per alleggerire la pressione sul medico.

Sappiamo però che sono poche anche le infermiere pediatriche, ma forse si potrebbe pensare a una figura più vicina alla "nurse" inglese che affianchi il pediatra in ambulatorio (su questo tema le organizzazioni infermieristiche e le società scientifiche potrebbero avere idee innovative).

Anche l'attuale organizzazione della Pediatria ospedaliera va adattata ai nuovi bisogni di salute della popolazione e va ripensata con l'accorpamento di reparti di Pediatria in modo che possano garantire assistenza 24 ore su 24, cure intensive ed esami diagnostici di II e III livello, con l'istituzione di setting assistenziali ospedalieri alternativi al ricovero, quali per esempio l'osservazione breve e temporanea, il Day Hospital o Day Service attivo davvero 12 ore al giorno, l'istituzione di ambulatori specialistici di II livello e di aree di eccellenza di III livello. La riduzione dei posti letto ospedalieri deve necessariamente corrispondere ad adeguati interventi di sostegno della Pediatria territoriale, per evitare il collasso del sistema ospedaliero.

L'integrazione ospedale-territorio resterà sempre una chimera se non si ripensa al ruolo dell'ospedale e della Pediatria di famiglia anche dal punto di vista contrattuale, e se si continua a lasciare pediatri "single" nei loro studi e reparti ospedalieri arroccati a dare risposte sanitarie poco complesse, lasciando fuori i malati cronici e multiproblematici.

Infine occorre riesaminare l'integrazione sociosanitaria e la Pediatria di comunità: se si riuscissero a prendere in carico davvero le famiglie multiproblematiche e a rischio sociale e se il pediatra riuscisse a

Per corrispondenza:  
Paolo Siani  
e-mail: [presidente@acp.it](mailto:presidente@acp.it)

stare dentro al sistema dei nuclei familiari con bambini, si avrebbe un sicuro abbattimento dei costi e dell'impegno improprio della Pediatria di famiglia e anche di quella ospedaliera.

L'istituzione in Emilia-Romagna delle Unità Complesse di Cure Primarie che devono divenire l'ambito privilegiato della integrazione fra Pediatria di famiglia e Pediatria di comunità, facendo confluire in esse sia i PdF che i servizi di

Pediatria di comunità e la componente infermieristica, può essere una buona base da cui iniziare a discutere. Non stiamo chiedendo nuove assunzioni, non chiediamo nuovi investimenti economici. Chiediamo solo di riorganizzare (diciamo "rendere adeguato ai tempi?") quello che già c'è ma che è immobile e immutato da molto tempo. Se i pediatri, al di là di sigle o di appartenenze sindacali, non riusciranno al più pre-

sto a proporre nuove organizzazioni di lavoro efficaci ed efficienti, che tengano conto del ridotto numero dei medici e dell'esiguità delle risorse economiche, prima o poi si ritornerà a parlare di confinare l'area pediatrica tra 0 e 6 anni e allora sarebbe un vero peccato dover rinunciare alla professionalità e alle competenze dei pediatri, ma non potremo più alzare la voce e protestare contro il funzionario o il ministro di turno. ♦

## Buon compleanno *Medico e Bambino* Una rivista nata da un forcipe alto

Pasquale Alcaro, Pediatra, Soverato

*Medico e Bambino compie 30 anni. Pasquale Alcaro è stato fra i padri della Rivista. Ascoltiamo da lui il racconto delle nascite, lunga e complicata, come un forcipe alto.*

Tarda estate del '78. Una strana, piccola carovana converge a Chiaromonte. Io con la famiglia in roulotte, numerosa famiglia e piccola roulotte. Un altro paio di noi da Catanzaro, Silvana Riccio e Pino in tenda, e da Trieste e dintorni Nicola D'Andrea, Alberto Coprivez e il lucido e caro Gino Tosolini. Accampati nel bosco di Magnano. A far che, "sti matti"? Debbo fare un passo indietro.

Nel febbraio di quell'anno (1978) si era tenuto il primo "Corso di aggiornamento per i pediatri di base delle Regioni meridionali". Titolo lungo ma esplicativo. Successo inaspettato, dialettica vera e obiettivi centrati. Concluso da brevi, commosse e commoventi parole del professor Panizon: "Mu si aza u pilorciu"<sup>1</sup>.

Già in questo primo corso, alla fine, si fece compilare un questionario che dava i voti ai relatori (ma che sfrontati!), e si potevano aggiungere in calce commenti, suggerimenti, critiche, proposte anonime o no. Fra i "no" un commento di quattrocinque righe molto incisivo e propositivo da parte di un pediatra di Chiaromonte dove si stava andando; il commento era da tenere molto in conto, da approfondire. Per cui, dovendo riunirci per programmare il corso dell'anno successivo, andavamo a Chiaromonte, piccolo paese

lucano, 2083 abitanti, con un piccolo ospedale e un ancor più piccolo reparto di Pediatria, con un organico ridotto all'osso che più all'osso non si può. Un solo medico, un pediatra che fungeva da primario e da tutto il resto. Un tipo originale, al limite dello stravagante, ma di sicuro interesse. Quando arrivammo in reparto, lo trovammo incazzato nero contro l'amministrazione dell'ospedale che non gli consentiva di praticare biopsie renali (*sic!*). Ci invitò a cena e ci mostrò orgoglioso il "santino" del recente battesimo della figlia, Teresuccia. Teresa, di Avila naturalmente, questo il primo nome, ma poi seguivano altri otto o nove nomi dedicati a santi o grandi del passato e di ognuno: agiografia, bibliografia, citazioni da Agostino d'Ippona a scendere, poesie di Tagore ecc. Dodici pagine fitte. La riunione fu molto proficua, proposte interessanti, tra cui una appunto di Serafino Ciancio, questo il nome del primario che ci ospitava: fondare una rivista che desse concretezza e continuità al programma e al corso. È lui il responsabile, il mandante della nascita di *Medico e Bambino*: il dottor Serafino Ciancio di Chiaromonte. E qual era questo programma? A dirlo in breve, dare forza alla Pediatria del territorio, allora debole e sparpagliata, favorirne gli incontri e, questo era importante, fornire non tanto cognizioni quanto consapevolezze, autostima, convinzione del ruolo: a dirlo marxianamente, coscienza di classe. Obiettivo all'epoca opportuno e da per-

seguire con coerenza progressiva e insistita. Debbo fare un altro inciso: l'idea del *Corso per i pediatri di base delle Regioni meridionali* era stata concepita mesi prima a casa Panizon. La signora Anita mi aveva invitato per la cena di commiato dopo un mese a Trieste. Questo strano pediatra calabrese, non giovanissimo, 44 anni, 5 figli, che era salito a Trieste a imparare, a vedere come si lavorava a quel "Burlo" che non era ancora mitico ma si avviava a diventarlo. Impacciato, come tutti i meridionali al Nord, smarrito e attonito come un pastore che avvista la cometa, a sua volta guardato dai triestini come un oggetto di difficile classificazione. In clinica il clou della giornata era la "riunione", obbligatoria e puntuale, dalle 13 alle 15. Si discutevano i casi. Molti i presenti, piccola la sala, insufficienti le sedie. Ero arrivato in grisaglia grigia e cravatta intonata; tutti erano in blue-jeans e camicia scozzese. Il direttore, il grande capo, arriva fra gli ultimi, non c'è posto a sedere, nessuno gli cede la sedia, si siede per terra (minchia!). Ognuno diceva la sua, fosse specializzando, aiuto o studente, e ogni voce valeva quanto quella degli altri (ariminchia!).

La sera ho comprato un paio di blue-jeans e una camicia scozzese. Da allora non ho più portato la cravatta, se non per venti minuti ogni tanto e solo per condurre qualche figlia all'altare. Io osservavo tutto, cercavo di non perdermi niente e non dissi nemmeno una parola, l'im-