

La Scuola di Specializzazione in Pediatria: quali cambiamenti?

Giuseppe Saggese

Coordinatore della Scuola di Specializzazione di Pediatria, Università di Pisa

Innanzitutto vorrei ringraziare l'amico Michele Gangemi per l'invito a scrivere questa nota sulla Scuola di Specializzazione in Pediatria per *Quaderni acp*. È per me un piacere perché si tratta di una tematica di cui mi sono occupato abbastanza in questi ultimi anni.

Vorrei subito premettere che, quello attuale, è un momento piuttosto difficile per illustrare i contenuti e i programmi della Scuola di Specializzazione, in quanto imprevisi provvedimenti legislativi rischiano, ogni poco tempo, di mettere in discussione ben ponderate e razionali precedenti programmazioni.

La Conferenza dei Direttori delle Scuole di Specializzazione in Pediatria afferisce alla Conferenza Permanente dei Direttori delle Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria ed è organo di consultazione e riferimento per il CUN e il MIUR. In questi ultimi anni la Conferenza ha affrontato, in specifici documenti, vari aspetti della Scuola di Pediatria, dall'organizzazione delle attività formative ai processi di valutazione e certificazione delle attività e all'organizzazione della rete formativa. Un altro importante aspetto su cui la Conferenza si sta impegnando riguarda la revisione dell'attuale ordinamento con l'intento di renderlo simile al modello europeo. Questa revisione prevede un triennio di base comune a tutti gli specializzandi (*curriculum pediatrico di base*), seguito da un biennio specifico di formazione specialistica e professionalizzante, differenziato in tre indirizzi principali: la pediatria delle cure primarie, la pediatria delle cure secondarie e le specificità pediatriche (*curriculum della formazione specifica e percorsi elettivi*).

Per raggiungere questo traguardo, il decreto attuale è stato rivisitato e gli obiettivi formativi sono stati ampliati e maggiormente dettagliati, prevedendo quelli per il curriculum di base e quelli per il biennio della formazione specifica e dei percorsi elettivi.

Il principio che ha ispirato il nostro lavoro è quello che la pediatria rappresenta la

"medicina interna" del bambino e che il pediatra deve possedere, in una visione olistica dei problemi di salute del bambino, sia competenze generali, anche per quanto riguarda il suo sviluppo psico-sociale, sia competenze (sub)specialistiche. Quello delle specialità pediatriche (o subspecialità come sono chiamate nei Paesi anglosassoni dove sono state per prima individuate) è sicuramente un tema di grande rilevanza per la pediatria. Le specialità pediatriche hanno rappresentato la parte più qualificante dello sviluppo scientifico-culturale della pediatria negli ultimi trent'anni. Tale sviluppo ha avuto, e sempre di più avrà, ricadute significative sulla qualità delle cure fornite da pediatri esperti nei vari settori specialistici, evitando così il ricorso a specialisti dell'adulto, a cui mancano spesso, per motivi culturali, le necessarie competenze. Un esempio significativo è quello delle malattie croniche che oggi, grazie alle migliorate possibilità di diagnosi e di cura, riguardano fino al 18% della popolazione pediatrica. Mi riferisco per esempio ai pazienti ex oncologici e con malattie rare che hanno bisogni speciali di cura e richiedono, in un contesto multidisciplinare, un'assistenza pediatrica specialistica.

Riteniamo comunque che, in una razionale programmazione della tipologia di pediatri da formare e in base anche alle raccomandazioni della Corporation of the European Specialists in Pediatrics (CESP) e del Royal College of Pediatrics and Child Health (RCPH), solo un ristretto numero di specializzandi debba essere indirizzato verso percorsi formativi specialistici e che tale orientamento dovrebbe avvenire in base alle necessità epidemiologiche e demografiche.

I suddetti percorsi (sub)specialistici, effettuati durante l'ultimo biennio della Scuola, potrebbero essere collegati a percorsi successivi di alta formazione come il Dottorato di ricerca o i Master professionalizzanti. Per quanto riguarda il Dottorato, è adesso possibile, per uno

specializzando orientato a un'attività di ricerca clinica, far coincidere l'ultimo anno del Corso di Specializzazione con il primo di Dottorato, abbreviando in tal modo il Dottorato da tre a due anni. Per quanto riguarda i Master, la Conferenza dei Direttori delle Scuole di Specializzazione in Pediatria e la Società Italiana di Pediatria stanno portando avanti, presso i Ministeri competenti, un progetto riguardante l'elaborazione di un percorso formativo professionalizzante che possa portare a un riconoscimento delle specialità pediatriche.

Naturalmente, come accennavo, un aspetto importante della programmazione degli specialisti pediatri da formare, come del resto delle altre tipologie di pediatri, ospedalieri e universitari, è la determinazione dei fabbisogni. Purtroppo su questo punto in Italia siamo ancora molto indietro e sicuramente questo è un aspetto su cui si dovrà impegnare l'intera comunità pediatrica insieme agli organismi istituzionali interessati. Tale esigenza di programmazione è oggi ancora più indispensabile data la futura diminuzione del numero dei pediatri, sia per il loro pensionamento sia per la diminuzione del numero dei contratti per le Scuole di Specializzazione.

Come ho anticipato all'inizio, per l'attuale momento di congiuntura economica stiamo vivendo un periodo di improvvisi cambiamenti di natura legislativa che sopravanzano le programmazioni in corso e mettono in discussione la qualità della formazione specialistica.

Sicuramente la maggiore novità in tema di Scuola di Specializzazione riguarda il disegno di Legge di Stabilità (D.L. 12 settembre 2013, n. 104) nella parte recante misure urgenti in materia di istruzione, università e ricerca. In data 7 novembre u.s. il Decreto è stato convertito in Legge. Il provvedimento prende in esame vari aspetti, dalla durata dei corsi al numero degli specialisti da formare, alla formazione nelle UUOO delle Aziende della Rete Formativa.

Per corrispondenza:
Giuseppe Saggese
e-mail: giuseppe.saggese@med.unipi.it

Per quanto riguarda la durata della Scuola, entro il 31 marzo 2014, con Decreto ministeriale, questa verrà ridotta di un anno rispetto a quanto previsto dal precedente Decreto di riassetto dell'1 agosto 2005. Quindi la Scuola di Specializzazione in Pediatria verrebbe ridotta a quattro anni. A questo proposito dobbiamo considerare che nei vari Paesi europei la durata del corso è di cinque o più anni (in Inghilterra dura otto anni, in Svezia sette, in Germania sette). Per le considerazioni sopra esposte a proposito del modello europeo e dell'importanza delle specialità pediatriche, si ritiene che, per la pediatria, sia opportuno mantenere la durata di cinque anni. La Conferenza si occuperà attivamente per ottenere tale risultato. Il Decreto 104/13 prevede che il numero degli specialisti da formare dovrà tener conto del quadro epidemiologico, dei flussi previsti dal pensionamento e delle

esigenze di programmazione delle regioni. Il Decreto ribadisce, inoltre, che la formazione degli specializzandi debba avvenire anche all'interno delle Aziende del SSN previste nella rete formativa. Su quest'ultimo punto riteniamo che il Consiglio della Scuola debba modulare in modo attento la permanenza degli specializzandi nelle strutture della rete di formazione. Infatti, in un contesto di ridotte risorse economiche come quello attuale, vi è il fondato pericolo che il medico in formazione possa andare a sostituire i dirigenti medici, peggiorando così il loro già ridotto turnover.

Un'ultima novità sulla Scuola. Dal prossimo anno accademico, vi sarà una modifica circa l'accesso alla Scuola di Specializzazione. Sarà redatta una graduatoria nazionale in base alla quale i vincitori verranno destinati alle sedi prescelte, in ordine di graduatoria. Sarà pre-

sente, inoltre, un'unica commissione giudicatrice.

Concludendo, posso dire con convinzione che la pediatria negli ultimi decenni ha rafforzato molto il suo ruolo sul piano scientifico e culturale. Sono stati così raggiunti importanti risultati anche sul piano assistenziale, quali la diminuzione della mortalità infantile e la prolungata sopravvivenza dei bambini con malattia cronica. Il pericolo è che nel prossimo futuro tutto questo lavoro possa essere disperso e vanificato con le difficoltà che il nostro Paese sta attraversando e con esso quelle del SSN. L'impegno di tutti noi, con le nostre riflessioni e analisi, ma anche con azioni concrete, deve essere quello di formare pediatri motivati e sempre più competenti nei vari ambiti della nostra disciplina per soddisfare i bisogni di salute dei nostri bambini e adolescenti. ♦

Diritti dei minori: un mare di carta?

Anna Maria Falasconi
Pediatria di famiglia, Roma

La prima significativa enunciazione dei diritti dei "minori" è contenuta nella Dichiarazione internazionale sui diritti del fanciullo della Società delle Nazioni del 1924 che, dopo la prima guerra mondiale, chiamò in causa l'umanità intera affinché garantisse a ogni "fanciullo" protezione, in quanto essere umano debole e per questo "destinatario passivo di diritto".

Nel 1958, a seguito della pubblicazione del *Rapporto Platt* sulle condizioni dei bambini in ospedale, nacque la consapevolezza, nel mondo scientifico e nell'opinione pubblica, dello stato di particolare sofferenza provocato nel bambino dall'esperienza del ricovero in ospedale.

La pediatria era allora una branca specialistica della medicina e il bambino era considerato e trattato come un "piccolo adulto".

Quel riconoscimento, al bambino, di una sensibilità e di bisogni differenti rispetto all'adulto, segnò un importante passaggio di mentalità. Il bambino, da essere umano debole e bisognoso di protezione, cominciò a essere percepito come "soggetto portatore di diritti", per normare i quali, a livello internazionale, furono prodotte importanti Dichiarazioni e Convenzioni. Se nel 1948 la Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo introduceva il principio di non discriminazione, la Dichiarazione universale dei diritti del fanciullo

delle Nazioni Unite nel 1959 conteneva già tutte le istanze poi recepite nella Convenzione ONU del 1989.

Parallelamente, in molti Paesi, si costituiscono associazioni di volontariato per sollecitare e agevolare la realizzazione dei cambiamenti individuati come prioritari per ridurre il trauma del ricovero.

Mentre il Parlamento europeo approvava nell'86 la "Carta europea dei bambini degenti in ospedale" e l'ONU la "Convenzione dei diritti del fanciullo" (CRC) del 1989 – che a oggi è il documento di riferimento per il rispetto dei diritti di bambini e adolescenti, in relazione non solo al ricovero in ospedale, ma alla salute in senso globale – nel 1988 nacque la "Carta di Leida", divenuta poi "Carta di EACH", dal nome della neoformata associazione (European Association for Children in Hospital). Un documento senza una veste giuridica, ma sul cui modello presero forma le successive "Carte dei diritti del bambino in ospedale" e altre, elaborate nel tempo, in varie realtà territoriali e professionali, a sostegno della salute di bambini e adolescenti.

Il "Codice del diritto del minore alla salute e ai servizi sanitari", redatto da un gruppo di lavoro multidisciplinare di cui fa parte l'ACP e presentato al Ministero della Salute nel febbraio 2013, è ancora solo una dichiarazione di intenti, ma la sua struttura ne vuole evidenziare il valore normativo, in ragione delle sue radici che affondano in precise norme, tra cui quelle recenti elaborate dalla Comunità europea.

Il Codice – pubblicato in questo numero di *Quaderni* a p. 42 nella rubrica "Documenti" – individua i diritti, che corrispondono ai bisogni, connessi a ogni momento in cui si sviluppa la salute di ogni essere umano da 0 a 18 anni, con attenzione alle nuove criticità emerse, tra cui quelle correlate alla migrazione, all'aumento di malattie croniche e disabilità e ai progressi della medicina, che stanno cambiando lo scenario della "salute" del futuro.

Evidenza quanto sia complesso il mondo dei bisogni del bambino e quanto sia importante focalizzare le loro esigenze molto specifiche, di grande valore etico, ma anche pratico.

La trasformazione delle dichiarazioni di principio, per quanto legalmente vincolanti, in strategie operative è un processo lungo e complesso, soprattutto quando richiede il cambiamento di un modo di pensare e di agire consolidato da secoli nella società.

Il Codice, del quale si sta organizzando la distribuzione nelle strutture sanitarie e nelle scuole, ha l'intento di diffondere, non solo tra gli operatori del settore sanitario, ma in tutta la società civile, la cultura del diritto dei bambini e adolescenti alla salute e del "superiore interesse del minore", quale criterio guida in ogni questione che lo riguardi.

Saranno solo le connessioni tra le singole sensibilità e la condivisione degli sforzi a consentire di raggiungere questo ambizioso obiettivo.

A leggerlo bene, questo Codice, c'è qualcosa da fare per tutti! ♦

Per corrispondenza:

Anna Maria Falasconi

e-mail: annamaria.falasconi@fastwebnet.it