

La pediatria di Melegnano ai tempi del professor Perletti

Intervista di Federica Zanetto¹ a Luigi Acerbi²

¹ Pediatra, Vimercate (MB)

² Pediatra, Lacchiarella (MI)

Siamo negli anni Ottanta-Novanta: è attiva la pediatria di famiglia; si prova ad aprire un confronto tra le varie professioni della cura del bambino; si cerca di orientare l'aggiornamento sui bisogni e di pensare alla formazione "oltre le mura ospedaliere"; si ragiona sul lavoro nel reparto pediatrico; la pediatria di famiglia scopre l'ambito psicosociale; si discute dei problemi organizzativi nei servizi; la pediatria delle cure primarie diventa ambito di formazione e ricerca; si organizzano incontri e convegni ragionati, mai occasionali; le riviste dedicate vengono pensate come servizio ai lettori.

Un fermento che ACP fa proprio e che traspare anche nell'esperienza che in quegli anni ha caratterizzato l'area lombarda di Melegnano nell'ambito della cura e della salute dei bambini. Lo testimonia l'intervista che segue a Luigi Acerbi, allora giovane pediatra operante presso la divisione di pediatria dell'Ospedale "Vizzolo Predabissi".

Negli anni Ottanta iniziava in Italia il processo di "umanizzazione" dei reparti di pediatria sulla spinta di una crescente istanza sociale. Nel vostro reparto il professor Ludovico Perletti è stato un primario attento e sensibile al miglioramento delle condizioni del ricovero ospedaliero del bambino e della sua famiglia. Con quali strategie?

Il professor Perletti è stato un illuminato interprete delle migliori tendenze della pediatria, capace di coglierle, interpretarle e attuarle, rendendole coerenti al contesto sociale, strutturale e lavorativo locale. Ha influenzato così in modo determinante la formazione professionale di noi giovani pediatri, favorendo esperienze e relazioni che han fatto crescere noi, ma soprattutto il reparto, ultimo e principale scopo della sua e della nostra aspirazione personale e di gruppo.

Il processo di "umanizzazione" si caratterizzava anzitutto per la presenza dei genitori in reparto: fino ad allora i bambini erano ricoverati in grandi stanze comuni senza genitori, che potevano entrare solo in determinate fasce orarie. Il reparto è stato riorganizzato con camere a due letti, per mamma e bambino piccolo o con patologia grave, camere a tre letti per bambini più grandi. Particolare attenzione è stata posta agli adolescenti ai quali erano riservate stanze dedicate. I genitori non solo avevano il permesso ma erano invitati a stare in reparto il maggior tempo possibile, perché bambini e genitori potessero giovare della presenza reciproca e il ricovero venisse vissuto come un evento meno traumatico.

Quanto ha interferito questo passaggio sul personale di reparto e sui rispettivi ruoli?

È stato un processo che ha richiesto tempo e impegno. Nelle prime fasi lo staff infermieristico ha sofferto del cambiamento del proprio ruolo, a cui veniva sottratta la cura d'accudimento fisico del bambino, in particolare del bambino piccolo: la presenza dei genitori veniva inizialmente avvertita come ingombrante, a volte fastidiosa, con richieste irritanti e fuori luogo.

Ma l'esperienza ci ha insegnato che la vicinanza dei genitori è stata un'utile fonte di collaborazione nella cura del bambino. La motivazione e la passione delle infermiere in reparto era fondamentale per la profonda competenza costruita sul campo. Erano precise ed efficienti nello svolgimento della loro mansione e anche di supporto per noi giovani medici neo-assunti perché si prendevano cura anche della nostra inesperienza in modo affettuoso e incoraggiante: capivano in modo rapido e intuitivo la gravità dei piccoli pazienti, sollecitavano la presa in carico immediata di questo o quel bambino, aiutavano e istruivano sulle manovre più difficili.

Anche per i medici la presenza dei genitori ha determinato la necessità di rivisitare il proprio ruolo. Il focus dell'attenzione del medico, che precedentemente era concentrato sul corpo malato del bambino, ha dovuto allargarsi alla mente affettiva del bambino e dei suoi genitori: un processo a tratti naturale e coinvolgente, a volte irto di difficoltà, legato alle ansie incontenibili dei genitori che si riversavano sul medico e il medico, senza una preparazione specifica, ha dovuto imparare a non esserne sopraffatto, a gestirle e contenerle. Tutto ciò ci ha portato a uno "sguardo allargato", tanto che alcuni di noi hanno poi scelto di dedicarsi esclusivamente alla pediatria sociale o alla cura della mente scegliendo la strada della neuropsichiatria infantile o della psicoterapia.

Collaborazione con la psicologa, i volontari ABIO, la stanza giochi, la scuola in ospedale sono stati ulteriori, significativi passi nella costruzione di un modello di fatto ancora valido sia pur in un diverso contesto sociale, culturale e sanitario...

Sì, certo. La psicologa dell'età evolutiva si dedicava ai bambini segnalati dall'équipe medica, alle loro famiglie e, nel tempo, anche alla formazione degli operatori. La differenza formativa delle professionalità medica e psicologica, nei primi tempi, ha portato anche a incomprensioni per l'arroccarsi di ciascuna parte su posizioni non dialoganti. La collaborazione ha tuttavia favorito sempre più conoscenza e reciproco ascolto, a vantaggio anzitutto dei bambini e delle famiglie.

Alle figure strettamente professionali operative in reparto si è poi aggiunta la presenza dei volontari ABIO, molto utile per alcune esigenze dei genitori, quali l'allontanamento momentaneo dal reparto o la necessità di sostenere un genitore in difficoltà. Lo spazio dedicato ai giochi dei bambini e la presenza di educatori della scuola dell'infanzia e di insegnanti della scuola primaria di primo e secondo grado permettevano ai bambini ricoverati di continuare la loro vita accanto alla malattia.

E voi, giovani medici assunti, protagonisti nel tempo di un completo ricambio generazionale, in che modo avete concretizzato una visione innovativa rispetto al futuro della pediatria?

Grazie alle capacità organizzative e professionali del professor Perletti, che già dai primi anni Settanta dava un nuovo impulso al reparto, si sono messe in moto, in varie direzioni, importanti iniziative legate alla prevenzione e alla clinica. Su sua indicazione specifica, come medici ospedalieri orientati alla conoscenza e alla collaborazione con le strutture e le figure professionali del territorio, abbiamo sostenuto un'attiva presenza nei consultori familiari, la cooperazione con i pediatri di base, l'organizzazione di incontri per favorire la partecipazione su temi riguardante il benessere e la salute del bambino e della sua famiglia. Abbiamo volto attenzione anche alle radio private locali, che in quegli anni iniziavano ad apparire, per dialogare su argomenti specifici riguardanti la crescita e la salute del bambino e per raccogliere pensieri, dubbi, domande, preoccupazioni della gente che ci ascoltava.

Queste sollecitazioni a conoscere e interessarci al mondo intorno a noi, determinavano una corsa a studiare e approfondire.

dire, stimolati e sostenuti anche da Gilberto Bonora, aiuto primario, persona preparata e generosa nel condividere la sua preziosa esperienza. Tutti noi avevamo una definita area d'interesse che ha portato alla creazione di ambulatori specialistici di gastroenterologia, nefrologia, urologia, neurologia, neuropsichiatria, allergologia, endocrinologia, ematologia, infettivologia. I medici erano sollecitati al confronto con specialisti di settore, nelle cliniche universitarie o attraverso l'affiancamento periodico di uno specialista in reparto. Venivano ricoverati bambini con tutte le patologie, escluse quelle tumorali e neurochirurgiche. Queste si inviavano a strutture di competenza, con le quali veniva intessuto un rapporto di scambi informativi e aggiornamento, per poter riaccogliere il bambino in una fase successiva, mai perdendo il contatto con la famiglia.

Anche il pronto soccorso pediatrico ha fatto parte di un modello organizzativo non comune in quel periodo per un ospedale a valenza territoriale?

Il primo approccio alle urgenze pediatriche, precedentemente di competenza del pronto soccorso generale, è stato affidato a un nuovo pronto soccorso esclusivamente pediatrico che ha coinvolto sostanzialmente tutto il personale del reparto. Questa scelta ha sicuramente migliorato la qualità del servizio offerto, pur a fronte di alcune criticità per la sproporzione tra una domanda in continua crescita e un organico solo parzialmente adeguato. La reciproca collaborazione ci ha permesso di sostenere e superare i momenti di maggior pressione, non senza un evidente affaticamento fisico e psicologico.

Era nostra consuetudine avere un rapporto il più possibile diretto e dialettico, non solo modulistico, con tutti i reparti e i servizi dell'ospedale, il laboratorio e la radiologia: a fianco al bambino durante l'esame, a fianco al radiologo durante l'interpretazione, sollecitando risposte tempestive, ragionandole insieme all'esperto. Il sistema di relazione/comunicazione all'interno di una struttura complessa come l'ospedale costituisce sicuramente un elemento di criticità che richiede disponibilità e impegno, ma che può dare un importante valore aggiunto all'attività professionale.

Formazione, aggiornamento, ricerca: con quali obiettivi e con quali modalità?

Partecipavamo a convegni e organizzavamo eventi. Avevamo un libero accesso all'acquisto di libri e di riviste che ampliavano la biblioteca del reparto e la nostra conoscenza. È stata incentivata la partecipazione a società scientifiche, a ricerche e a gruppi di lavoro scientifici regionali e nazionali. Oltre ai quotidiani momenti di confronto per la gestione clinica e organizzativa, almeno una volta alla settimana si svolgeva un incontro formale, finalizzato all'approfondimento di tematiche emergenti (gli incontri del martedì), sempre aperto a partecipazioni/contributi esterni. Abbiamo svolto attività didattica formativa per tutto il personale d'area età evolutiva della struttura sociosanitaria di cui facevamo parte, ma anche in ambito regionale e in qualche occasione nazionale, su specifiche tematiche, che nascevano dalla ricerca applicata alla pratica, dall'esperienza critica maturata nel nostro ambito di lavoro: non solo la clinica, ma anche il modello organizzativo, l'umanizzazione, l'equità distributiva delle risorse, l'integrazione intra ed extra ospedaliera, intra ed extra territoriale. Il rapporto con l'università è sempre stato presente anche se non predominante né subordinato. Ci sono stati scambi continui e proficui con la clinica De Marchi di Milano (in particolare con il professor Sereni) e con il polo universitario pediatrico di Monza, Milano Bicocca (in particolare con il professor Maserà), dove alcuni di noi hanno anche svolto attività didattica. Molti specializzandi di queste università hanno realizzato tirocini formativi presso il nostro reparto.

Il professor Perletti ha sempre avuto un grande interesse verso l'evoluzione della pediatria preventiva e clinica sul territorio nazionale. Quale ricaduta ha avuto questo su voi pediatri e sulle vostre modalità di lavoro?

È stata stabilita una relazione stretta con la rete dei servizi di assistenza primaria del nostro territorio, in particolare con i consultori familiari/pediatrici e con i pediatri di libera scelta, che proprio in quegli anni iniziavano la loro innovativa attività, forse unica nel panorama internazionale. Per un felice e proficuo periodo i pediatri di base erano direttamente coinvolti sia nell'attività dei consultori pediatrici (in questi alcuni identificavano la propria sede di lavoro), sia nell'attività di reparto (sono state anche previste frequenze settimanali periodiche all'interno del reparto con ruolo di cura e assistenza attivo). Ognuno di noi frequentava/operava nelle strutture del territorio e manteneva un contatto stretto con il personale dei distretti sociosanitari (pediatri di famiglia, assistenti sanitarie, assistenti sociali, educatori, psicologhe, psicomotriciste, logopediste, neuropsichiatri ecc.) cercando e realizzando un confronto tra ambiti professionali che non sempre riescono a incontrarsi e capirsi. Spesso si attivavano contatti con le scuole, i comuni o le associazioni di volontariato. Si creava così una rete di relazioni, anche personali, che apriva spazi mentali non solo a una diversa concezione della salute ma anche a una facilitazione e semplificazione degli iter diagnostici e assistenziali. Con il passar del tempo, per la maggior complessità delle prestazioni, qualcuno ha perso questo compito, che ha comunque continuato a far parte del proprio bagaglio professionale.

Quando un bambino entrava in reparto non era mai considerato esclusivamente per la malattia che aveva motivato l'accesso, ma veniva valutato per lo stato di salute psicofisica e sociale, cercando soluzioni/indicazioni che andassero al di là del problema contingente. Quando un bambino veniva dimesso, si garantiva la continuità di cura, non con semplici prescrizioni ma attivando i giusti riferimenti. Quando un bambino aveva un problema complesso, alle strutture territoriali era noto come e a chi si potesse far riferimento in ospedale.

All'interno del reparto, in realtà un presidio integrato, si sono sviluppate competenze che ci hanno permesso di svolgere un ruolo anche a livello nazionale e interregionale, presso sedi istituzionali e in autorevoli società scientifiche (SIP, ACP ecc.). Per esempio, in ambito ACP, su temi relativi alla pediatria di comunità, che in quegli anni costituiva una proposta attuale e innovativa.

Per molti anni il professor Perletti ha avuto strette relazioni e importanti ruoli presso la Regione Lombardia e il Ministero della Sanità, concretizzati anche in numerosi incarichi e nella redazione di diversi documenti d'indirizzo, in cui noi ci sentivamo spesso partecipi e coinvolti.

In quale contesto è nata questa esperienza?

Erano anni di conquiste sociali, di un benessere acquisito che alimentava un clima di fiducia e positività, la curiosità e la voglia di confrontarsi con nuove esperienze. Anni ben interpretati dalla Riforma Sanitaria del 1978 (l'allora famosa "legge 833") che ha sicuramente disegnato un contesto istituzionale e culturale avanzato: istituiva il servizio sanitario nazionale (SSN), superando l'iniqua e diseguale frammentazione delle mutue sanitarie e le liste caritatevoli dei poveri, curati dal medico condotto del Comune; ponendo al centro la sanità pubblica; valorizzando la prevenzione; limitando il mercato della sanità privata. Allora un enorme passo in avanti che oggi forse non riusciamo ad apprezzare sino in fondo o che ci appare ancora scontato, proprio mentre i suoi principi, etici e organizzativi, vengono progressivamente disattesi. Si fondava su ideali di universalità, uguaglianza ed equità e ha comportato per la prima volta in Italia l'estensione delle prestazio-

ni sanitarie a tutta la popolazione, senza alcuna differenza di reddito, professione, età, sesso, religione, classe sociale. Una riforma purtroppo mai compiutamente realizzata, ma che ha conosciuto in quegli anni il suo massimo impulso e la maggior volontà attuativa, politica e collettiva, grazie anche a un clima culturale più incline alla solidarietà. Parte di questo fermento è stato sicuramente interpretato e promosso dall'ACP che per noi, giovani medici in formazione, ha costituito un riferimento importante, animando il dibattito e il confronto a ogni livello, dal nazionale al locale, proponendo strategie, sostenendole e schierandosi nel merito.

Poi le politiche sanitarie sono progressivamente cambiate: la regionalizzazione, sempre più "differenziata"; l'aziendalizzazione, intesa più come gestione di un budget che di un inestimabile bene collettivo; il progressivo ridimensionamento della sanità pubblica; l'espansione del privato, delle assicurazioni, dei fondi sanitari e delle previdenze aziendali... che tanto ricordano le quasi dimenticate mutue sanitarie degli anni Cinquanta-Settanta (ben note al mai tanto attuale dottor/professor Guido Tersilli/Alberto Sordi del *Medico della mutua*, film del 1968 che sembra però figlio di una storia che si sta riavvolgendo).

Un altro ambito di interesse era la pediatria del mondo povero...

Molti di noi hanno avuto esperienze residenziali di cooperazione nei Paesi con limitate risorse, alcune per missioni brevi, molte durate anche più anni (India, Africa, America centrale, Europa dell'Est, Balcani). Questo è stato possibile anche gra-

zie a lunghi periodi di aspettativa che ci venivano concessi dal professor Perletti e soprattutto grazie a un'attenzione ai problemi di chi è escluso dalle cure e ne ha più bisogno. Un'attenzione nata anche dalle nostre consuetudini di lavoro a Melegnano, che ci ha trovati sensibili alle condizioni di mondi così lontani dai nostri modelli e dalla nostra potenzialità d'assistenza.

Possiamo concludere con alcune parole chiave come sintesi di un percorso in quegli anni davvero interessante, innovativo e originale?

Abbiamo condiviso *impegno*, *interesse* verso i bambini e le loro famiglie, *fiducia* nella medicina pubblica, *speranza* di promuovere un cambiamento, *desiderio* di curare nel senso più ampio di aver cura dell'altro. Tutto ciò ha portato a formare legami di *amicizia* che durano fino a oggi fra di noi e con il nostro primario.

Anche ai contenuti di quest'intervista, suggerita dal professor Masera per lasciare traccia della nostra esperienza, hanno contribuito i colleghi "storici" di tanti anni di lavoro intenso e appassionato: Alberto Andreoli, Luisa de La Pierre, Daniela Frattini, Luciana Luciani, Daniela Manzoni, Elena Pizzi. E ancora camminiamo insieme. ■

federica.zanetto@virgilio.it

L'ECOGRAFIA POLMONARE ED IL PEDIATRA: PERCORSO TEORICO PRATICO E QUADRI CLINICI PIÙ COMUNI

Giovedì 19 settembre (10.00/19.00)

Lo scopo di questo corso è fornire una panoramica sui principali campi di applicazione dell'ecografia polmonare in ambito pediatrico, partendo dal quadro di normalità. Dato che essa è utilizzata come estensione dell'esame clinico del bambino, le sessioni formative saranno sviluppate da pediatri che effettuano l'ecografia polmonare in vari setting assistenziali (pronto soccorso, reparti di pediatria, ambulatorio del pediatra di famiglia). Si partirà dalle conoscenze della letteratura scientifica e dai progetti di ricerca in essere sull'argomento favorendo, sia nella parte teorica che in quella pratica del corso, la più ampia discussione critica sull'argomento.

Destinatari

Tutti.

Numero max partecipanti: 28 (numero minimo: 16)

Programma

10.00 Registrazione partecipanti

10.20 - 10.40 Introduzione al corso

10.40 - 11.05 *Francesco Caprioli*, Oltre il fonendo: ambiti applicativi del POCUS e prospettive future

11.05 - 11.30 *Alberto La Valle*, Ecografia clinica cenni di semeiotica del polmone sano

11.30 - 11.45 Discussione

11.45 - 13.00 Parte pratica su polmone sano

13-00 - 14.30 **Pranzo**

14.30 - 14.55 *Gianluca Iovine*, Pocus: l'interstiziopatia dai primi giorni di vita all'adolescenza

14.55 - 15:20 *Andrea Apicella*, Pocus: Sindrome alveolare e patologia pleurica

15.20 - 15.35 Discussione

15.35 - 16.00 **Pausa caffè**

16.00 - 17.00 Diagnosi a colpo d'occhio

17.00 - 17.15 Discussione

17.30 - 19.00 Parte pratica su polmone patologico con casi clinici

Docenti del corso

Francesco Caprioli, pediatra di famiglia, ASL3 "Genovese"

Alberto La Valle, pediatra libero professionista, Genova

Gianluca Iovine, pediatria di famiglia, Modena

Andrea Apicella, pediatra ospedaliero, Napoli

Quote di iscrizione

€ 80,00 quota per chi partecipa solo al corso *

€ 50,00 quota per chi segue anche il 36° Congresso nazionale ACP

La quota comprende la partecipazione ai lavori e l'attestato.

* Il costo è relativo all'iscritto al solo corso e che non prosegue la formazione con la partecipazione al congresso nazionale (20-21 settembre).