

SEI PIÙ UNO

Questo numero di *Medico e Bambino* propone un breve documento (pag. 306), il cui contenuto innovatore non vorremmo sfuggisse ai lettori. Si tratta di un progetto di ricerca, del genere "progetti speciali", che vengono proposti dalle Regioni e finanziati dal Ministero della Sanità su un fondo ad hoc per la ricerca "sanitaria", dedicata cioè al funzionamento dei servizi sanitari. In questo caso, la Regione proponente è la Regione Basilicata con la partnership della Regione Piemonte, della Regione Friuli-Venezia Giulia, dell'Istituto di Clinica Pediatrica dell'Università Cattolica di Roma e del Centro per la Salute del Bambino. Il progetto avrà inizio quando questo numero va in stampa e durerà due anni.

La prima caratteristica del progetto, di per sé non particolarmente innovativa, ma comunque non frequente nel panorama della salute pubblica in Italia, è di essere un progetto che tratta di prevenzione. Riguarda sei azioni fondamentali di salute pubblica nel periodo che va dal concepimento al primo anno di vita: assunzione di acido folico nel periodo periconcezionale, astensione dal fumo durante la gravidanza e in casa, allattamento al seno esclusivo e prolungato, posizione supina nella culla, adeguate misure di sicurezza per il trasporto in automobile, vaccinazioni raccomandate. Queste sei azioni sono state scelte in quanto sostenute da una evidenza scientifica molto forte sui vantaggi di salute che ne derivano. Si tratta di azioni che *devono* essere fatte, anzi, che è colpevole non promuovere. Nel complesso si può stimare che riguardino circa il 50% delle cause di mortalità evitabile nel primo anno di vita (se sommiamo SIDS, incidenti in auto, complicanze da malattie infettive e conseguenze di difetti del tubo neurale), e una quota molto rilevante, difficilmente quantificabile, della morbosità; per non parlare di possibili effetti benefici anche a distanza.

La seconda caratteristica, aspetto centrale dell'interesse scientifico del progetto, risiede nel fatto che, posto che questi interventi sono dimostratamente efficaci, il problema è di valutare in che misura i comportamenti - in questo caso dei genitori, genitori in fieri e neo-genitori - possano essere modificati con un intervento standardizzato di informazione, formazione ed educazione alla salute. Intervento che segue due strade complementari per veicolare i messaggi: quella degli operatori di salute (e tra questi in primo luogo tutti i pediatri e medici di famiglia) e quella dei media (giornali, televisioni locali e altri mezzi e occasioni di informazione) e la cui efficacia nella modifica dei comportamenti sarà rigorosamente valutata con confronto prima-dopo su un ampio campione della popolazione sottoposta all'intervento.

La terza caratteristica, che costituisce l'aspetto innovativo del progetto in termini di strategie di salute pubblica del bambino, è quella di adottare una strategia di interventi *sinergici*. Le azioni proposte hanno infatti la caratteristica sia di concorrere a prevenire eventi multifattoriali (così come è il caso delle vaccinazioni e dell'allattamento al seno nel prevenire le malattie infettive, o dell'astensione dal fumo e della posizione supina in culla per la prevenzione della SIDS), sia di produrre effetti benefici multipli a partire da un singolo intervento (così come nel caso dell'astensione dal fumo, e ancora dell'allattamento al seno). In questo senso è particolarmente degno di interesse il fatto che il progetto sia nato dalla necessità di "fa-

re qualcosa" per il problema SIDS, e dalla convinzione maturata via via che il modo più efficace in sé, più produttivo per il sistema sanitario e le sue risorse e probabilmente più etico (nel senso che il messaggio generale che viene lanciato è un messaggio *per la salute* e non *su un rischio specifico*), fosse appunto quello di promuovere una serie limitata di interventi efficaci e sinergici.

Infine, il quarto elemento caratterizzante del progetto - non inserito nel testo pubblicato che sintetizza il progetto presentato e approvato dal Ministero - è l'inserimento di una settimana di salute che è di tutt'altra natura rispetto alle altre sei: si tratta della lettura di storie al bambino da parte dei genitori, fino dai primi mesi. I vantaggi cognitivi di questo intervento, già sviluppato negli Stati Uniti (attraverso i programmi *Born to read* e *Reach out to read*), sono noti e dimostrati, ma con ogni evidenza il fatto di leggere delle storie assume un valore relazionale più ampio. Questo per sottolineare quanto stiamo sostenendo da tempo, che la salute e il benessere del bambino non si giocano sul terreno puramente biologico, anzi, e per fornire al pediatra uno strumento pratico, semplice per veicolare un messaggio e una opportunità aggiuntiva per una relazione "sufficientemente buona".

Il prodotto principale che ci si attende dal progetto *in quanto progetto di ricerca* è dunque costituito da una serie di informazioni sull'efficacia e sui costi delle strategie e degli interventi di informazione rivolti ai genitori e quindi da raccomandazioni sul modo più "costo-efficacia" di impostare tali programmi nella routine dei servizi. Il prodotto principale del progetto *in quanto progetto di salute pubblica* consiste in una modifica dei comportamenti e, nella misura in cui questo verrà ottenuto, in un miglioramento di mortalità e morbosità nella popolazione oggetto dell'intervento.

Al di là della componente di ricerca il progetto suggerisce già nella sua formulazione alcuni obiettivi e modelli di intervento che nulla osta a che siano già da ora ripresi da aziende, servizi e singoli pediatri (che avrebbero peraltro il dovere di applicare le sei azioni raccomandate). Il valore aggiunto del progetto è quello di dedicare risorse e competenze specifiche a sviluppare i materiali, i messaggi e le strategie più adeguate, e di poterne misurare gli effetti. Ci si propone di mettere a disposizione questi materiali non appena saranno disponibili. Non c'è infatti ragione per non giocare già da ora il nostro *sei più uno*.

Giorgio Tamburini

IL RINNOVO DELLA CONVENZIONE PEDIATRICA

Forse non tutti hanno seguito da vicino le turbolente vicende del rinnovo della Convenzione pediatrica, per cui vale la pena di riassumerle brevemente e di commentarle.

Nei primi giorni di marzo sta per giungere a conclusione la trattativa sindacale; contemporaneamente si rinnovano gli altri contratti della sanità. La firma della Convenzione pediatrica viene preceduta da quella della Convenzione dei medici di medicina generale (MMG).

Il 7 marzo compaiono sulla stampa le prime anticipazioni sui

contenuti di quest'ultimo contratto: i MMG riscuoteranno un incentivo di 35.000 lire annue in aggiunta alla quota capitaria per ogni assistito di età compresa fra 6 e 14 anni.

Immediatamente si diffondono fra i pediatri l'indignazione e la protesta: è uno schiaffo in faccia alla pediatria, il primo passo verso la sua eliminazione.

Questo stato d'animo, amplificato da numerosi interventi sul forum di Pediatria On Line, trova voce in un comunicato della FIMP dell'8 marzo: «(...) l'aumento della quota per ogni bambino in età 6-14 anni (...) come previsto nell'accordo siglato per il rinnovo della Convenzione della medicina generale, è per i pediatri una provocazione inaccettabile (...)», si sta «(...) mettendo a rischio la stessa sopravvivenza della pediatria convenzionata».

I sindacati dei pediatri lasciano il tavolo della trattativa e si dichiarano non disponibili a riprenderla fino al soddisfacimento di un'irrinunciabile condizione pregiudiziale: «(...) il ritiro dalla piattaforma dell'accordo per la medicina generale della quota aggiuntiva per l'assistenza ai bambini al di sotto dei 14 anni» (lettera del segretario nazionale FIMP ai membri del Comitato Centrale, 10 marzo).

Nonostante tutto l'agitazione dei pediatri viene ignorata dai mass media, interessati in quei giorni alla conclusione del lungo e travagliato processo di regolamentazione della libera professione dei medici in ospedale; la pregiudiziale posta dai sindacati, come è ovvio, viene respinta. Si svolgono riunioni concitate, si levano alte le grida di guerra, si canta ancora il *de profundis* della pediatria. C'è chi invita, sempre mediante il forum, i sindacati a non firmare alcuna Convenzione. Ma le trattative riprendono e il 7 aprile viene siglato un accordo.

In questo momento mi sembra utile non tanto commentare la nuova Convenzione, quanto fare alcune considerazioni a proposito di questa vicenda.

Innanzitutto la convinzione diffusa fra molti pediatri che l'incentivo accordato ai MMG rappresenti un insulto per la pediatria e una minaccia per la sua sopravvivenza mi sembra alquanto irragionevole e persino offensiva nei confronti dei pediatri stessi. Concedere un riconoscimento economico a chi assiste i bambini significa, a mio parere, accettare l'idea che questo compito è gravoso e importante; se l'assistenza prestata ai bambini da un MMG vale di più, quella prestata da uno specialista in pediatria sarà perciò ancora più "preziosa". L'ipotesi poi che, per guadagnare fino a un massimo di 167.000 lire al mese in più (tanto spetterebbe in media a ciascun MMG se tutti i bambini di età superiore a 6 anni abbandonassero il loro pediatra), i medici di famiglia possano scatenare una "caccia al bambino", coronata da un successo tale da portare all'estinzione della pediatria, mi sembra fuori dalla realtà. La pediatria esiste da più di vent'anni, ha prodotto un nuovo modo di gestire la salute dei bambini, gode di una considerazione eccellente presso le famiglie (lo dimostrano numerose indagini) e infine ha la sua forza nella qualità dell'assistenza erogata e nei suoi contenuti scientifici.

La nostra professionalità non può dipendere da un vincolo stabilito per legge. Insomma, come si può rivendicare la qualifica di "libero professionista" quando si tratta di stabilire i nostri compiti e la nostra collocazione nel servizio sanitario e poi pretendere di essere "supergarantiti" (da "rapporti ottimali", "massimali", "esclusivi" e via dicendo) quando si parla di denaro?

E come giustificare un'agitazione di categoria che non ha come obiettivo l'ottenere qualcosa per sé, ma il negare qualcosa ad altri? Un paradosso sindacale difficilmente comprensibile.

Forse tante energie avrebbero potuto essere indirizzate meglio, puntando l'attenzione sulla qualità del nostro lavoro; impegnandosi per migliorarla costantemente, allargando nei limiti del possibile l'area del nostro intervento nelle cure primarie, individuando attività aggiuntive (e retribuite) da estendere nei riguardi del SSN, e dimostrando, dati alla mano, alle famiglie e al SSN che il nostro lavoro è realmente produttivo.

Questa breve cronaca, e queste riflessioni, sono state possibili anche grazie all'opportunità che tutti noi abbiamo avuto modo di seguire la vicenda "in tempo reale" attraverso il forum di Pediatria On Line. Credo che i colleghi che gestiscono questo servizio, prezioso anche per altri aspetti, meritino un ringraziamento. Tuttavia non si può fare a meno di notare che fra le centinaia di interventi letti in questi giorni nel forum sia prevalsa sempre la voce dei più agitati (quelli che si lagnano per le prepotenze del ministro e per la politica del loro stesso sindacato, che detestano i MMG e persino i loro stessi clienti); in certi momenti mi è sembrato di essere in una di quelle assemblee di condominio in cui tutti sono convinti che il proprio peggior nemico sia il vicino di casa.

Ma alla fine, la convenzione è stata siglata e la pediatria non è morta.

Tutto bene allora?

Non tanto.

Prima di tutto una parte non marginale della contrattazione (economicamente non sfavorevole ai pediatri, almeno così mi sembra) verrà ridiscussa in ambito regionale; e forse questo contribuirà (temo negativamente) ad accentuare quella marzatura a pelle di leopardo che caratterizza già troppo la qualità delle cure primarie (e anche delle cure ospedaliere) in Italia.

Inoltre, forse, un rischio di morte la pediatria lo corre davvero, ma non per un complotto ordito dai suoi nemici, semmai per una certa sua propensione a suicidarsi.

Mi sembra di intravedere questa propensione dietro l'atteggiamento di alcuni pediatri a non volersi integrare in un SSN che pure li paga ogni mese; nel non rendersi conto che la partita si gioca fra una sanità lontana dai cittadini, ma privilegiata nella distribuzione del potere e delle risorse (ospedali, case farmaceutiche, sanità convenzionata, apparato burocratico), e un'altra che vive a stretto contatto della realtà, ma è la Cenerentola del sistema (MMG, pediatri, servizi territoriali: l'area delle cure primarie), e che solo una stretta alleanza fra le componenti di quest'ultima area può orientare lo sviluppo dei servizi in modo razionale, economico e vicino alle necessità dei cittadini.

La strenua opposizione all'inserimento di nuovi pediatri determina in alcune aree del Paese l'impossibilità per molte famiglie di iscrivere i figli con un pediatra, rendendo indispensabile l'assistenza da parte dei MMG, ed escludendo dalla professione un'intera generazione di medici; senza contare che, fra qualche lustro, quando migliaia di noi, tutti insieme, andranno in pensione, sarà impossibile un ricambio, e la pediatria correrà davvero il rischio di morire.

Per asfissia.

Vincenzo Calia