

# CERCANDO UN SENSO: IL FUTURO DELLA PEDIATRIA IN ITALIA

**Q**uesto Focus è né più né meno la sintesi di una tavola rotonda, che ha concluso l'annuale congresso di Tabiano 2007, che aveva quest'anno il titolo un po' ermetico e forse un po' presuntuoso di "cercando un senso". Il senso che i pediatri cercavano era quello della nostra professione, che in questi anni è così radicalmente cambiata. Nello specifico, si trattava di riprendere un vecchissimo problema, un problema fatto di molte chiacchiere ma anche di malintesi, di frustrazioni e di sprechi, di inerzia e di conflittualità, il problema della pediatria territoriale, della sua (indispensabile) riorganizzazione, ma anche del suo "senso". Il dibattito non poteva non partire dal Forum di Pisa, a cui "Medico e Bambino" ha fatto ripetutamente riferimento in questi mesi, e su cui ha chiamato a discutere i suoi lettori.

Il Forum, un'iniziativa molto importante del Presidente e del Consiglio Direttivo della SIP, era finito peraltro con una conclusione unanime, ma discutibile: i pediatri italiani, a partire dal 2015, cominceranno a calare di numero: aumentiamo il numero dei posti nelle scuole di specialità.

Una conclusione quanto meno antistorica (aumentare il numero dei pediatri mentre, da noi, diminuiscono i bambini e letteralmente svaniscono quelli che erano i problemi su cui la pediatria è nata, su cui si è onorevolmente mantenuta fino a poche decine di anni fa, e che ancora sono i problemi del mondo povero: la mortalità, la malnutrizione, l'infezione). Apparentemente una conclusione che punta a mantenere la rendita di posizione della pediatria nelle sue varie componenti, quella universitaria, quella ospedaliera, quella di comunità, e quella di famiglia: nel senso che il mondo cambia, ma la pediatria non deve cambiare.

In realtà la pediatria è in crisi, una crisi che DEVE essere benefica e che riguarda anche la pediatria italiana, ma "anche" la pediatria di tutto il mondo. Le cause di crisi sono diverse nel mondo ricco e nel mondo povero, che contiene e conterrà ancora per molti anni di gran lunga la maggior parte dei bambini del mondo.

Lì, nel mondo povero, il problema è il difetto di risorse.

Qui, nel mondo ricco, il problema è quello del difetto dei bambini, dell'eccesso delle risorse, dell'eccesso dei bisogni percepiti, del futuro delle nuove generazioni. Della necessità di un cambio della cultura. Problemi complessi certamente, ma che difficilmente si potranno affrontare aumentando il numero dei pediatri. L'Italia, in effetti, ha un problema in più rispetto al resto del mondo ricco: il numero dei pediatri, il numero degli ospedali e il numero dei ricoveri per bambino, che sono i più alti del mondo.

Questo ha creato un modello che sembra fatto apposta per l'Italia, e che non funziona, nel suo insieme, neanche tanto male, un modello familistico-consumistico-iperprotettivo, ma che forse comincia a mostrare la corda, non tanto a livello di spesa (la pediatria costa comunque poco) o di soddisfazione dei pazienti (che si dichiarano mediamente contenti o molto contenti del servizio), ma di soddisfazione dei pediatri. Anche loro, almeno i pediatri di famiglia interpellati direttamente in situazioni conviviali, o apertamente in situazioni assembleari (a Tabiano 2006, per esempio), si dichiarano, e si sentono, mediamente contenti o molto contenti del loro mestiere; ma non riescono a non lamentarsi, di quando in quando (e anche in questo Focus), della povertà sostanziale dei problemi medici che sono chiamati a risolvere, della futilità e della incontentabilità delle richieste, della conflittualità tra categorie, della perdita del senso di servizio.

La pediatria merita di più; e può, noi pensiamo, avere di più. Può crescere, modificare i suoi bersagli, essere parte virtuosa della crescita della civiltà. È stato detto che a questo debbano pensare i leader: ma chi è che fa, o che riconosce un leader, in un mondo professionale diviso? O un leader deve autoproclamarsi tale? Del cambio della pediatria dobbiamo, per forza, farci tutti carico, nei singoli atti medici, nel farsi protagonisti a livello di distretto e di società, nell'unirsi in gruppi di lavoro professionale.

## Quali sono i problemi?

GIANCARLO BIASINI

Centro per la Salute del Bambino, Trieste

### THE FUTURE OF PAEDIATRICS IN ITALY: WHAT ARE THE ISSUES?

(Medico e Bambino 2007;26:222-223)

#### Key words

Maternal-infantile area, Primary care, Secondary care, Family paediatrician, Hospital paediatrics

#### Summary

The future of paediatrics in Italy needs answers to some questions. How is it possible to regain efficiency considering that several predictions expect the number of paediatricians to begin to decline significantly within the next five years (from a peak of 15,000 down to 11,000)? In what way can the overlap of interventions between the primary and secondary care services be solved? How will it be possible to give back to the primary care service the ability of dealing with that 80% of problems that, according to the WHO, primary care is supposed to solve? Does primary paediatrics need to acquire additional competences or other types of collaborations in order to be able to face it? The present article suggests a guide through these issues.

Per discutere del nostro avvenire di pediatri e della pediatria italiana bisogna tenere conto di un primo dato di fatto solo apparentemente lontano dall'oggi, ma in realtà sempre più vicino: il numero dei pediatri. Al Convegno di Tabiano del 2001 si cominciarono a fare i conti della carenza di pediatri, sulla base di una ricerca dell'ACP, i cui dati furono poi pubblicati su *Medico e Bambino* (2002;21:58-59).

La *Tabella I* dimostra come le previsioni che in quel convegno si fecero sono state confermate dalla indagine SIP. In sostanza il numero dei pediatri comincerà a scendere dal 2015.

Questo pone seri problemi alla pediatria: nel 2015 ci saranno (previsioni medie ISTAT) 8 milioni di bambini e 15.000 pediatri, e poi un calo progressivo di pediatri. Con l'attuale massimale per la pediatria di famiglia ce ne vorrebbero 8-10.000 solo per coprire l'assistenza di base nei distretti. Sempre secondo Tabiano 2001 il rapporto fra pediatri di famiglia e pediatri dipendenti era di 1.1 (forse ora è cambiato a sfavore degli ospedalieri). Ce ne vorrebbero quindi altrettanti per gli ospedali: un numero improponibile. Come improponibile è l'aumento degli specializzandi.

È chiaro quindi che esiste un primo

problema: la necessità di utilizzare i pediatri che avremo con una maggiore efficienza. Se questo non accadrà, la cosiddetta area pediatrica inevitabilmente scenderà da 0-14 a 0-6 anni, come di fatto già accade in qualche regione del Nord.

La popolazione da 7 a 14 anni sarebbe assistita dai medici di medicina generale (MMG). Le domande da porsi, a livello di Public Health, sono due:

- i MMG hanno le competenze per farlo?
- sarebbe un vantaggio o uno svantaggio per le famiglie?

Se riteniamo che non sia un vantag-

gio, occorre dare maggiore efficienza al sistema. "Fare meglio con meno". Occorrerà quindi cercare soluzione ad alcuni punti (*in corsivo*) sui quali apparentemente c'è un accordo quasi generale per arrivare a una più coerente visione di sistema del SSN nell'ambito dell'assistenza materno-infantile dal punto di vista strategico, organizzativo, tecnico. Non affrontare questi problemi produrrà una sempre maggiore insoddisfazione degli operatori che si ripercuoterà sulla eccellenza delle prestazioni. I punti sembrano essere questi.

□ *Ci sono indubbi dati di una sovrapposizione fra interventi di UO ospedaliera e pediatri del distretto sanitario con un sovraccarico di lavoro di entrambi. Ogni duplicazione rende meno efficiente il sistema.*

Come si può ottenere che ognuno faccia il suo mestiere lasciando al distretto le cure primarie e alle UO le cure secondarie? Esiste, già da ora, qualche esempio, qualche sperimentazione valutata, che vada al di là delle parole?

□ *All'interno del problema di cui sopra manca un collegamento fra i pediatri del distretto e le UO di Pediatria.*

La mancanza di collegamento può produrre conflitti di interesse: le UO di pediatria possono essere indotte ad atteggiamenti opportunistici sul piano dei DRGs; i pediatri di famiglia possono essere indotti a rendere meno affollati i loro ambulatori. Tutto questo è risolvibile con la "buona volontà" o con "atteggiamenti amichevoli" degli operatori ospedalieri e distrettuali o la soluzione necessaria di interventi istituzionali di cui devono occuparsi il SSN e le ASL? La proliferazione delle UO di pediatria ha alimentato in parte il problema. La figura del pediatra di famiglia è istituzionalmente immutata dalla prima convenzione di 26 anni fa che isola il pediatra nel suo ambulatorio, senza collegamenti con gli altri colleghi. Le associazioni o la pediatria di gruppo sembra non abbiano modificato abbastanza la situazione nel suo complesso, non modificando la deriva individualistica. È necessario che il SSN e le ASL si accorgano della anomalia del pediatra isolato e procedano a modificare la struttura in cui opera, mettendo a disposizione opportunità (spazi, attrezzature, personale, consulenze), e quindi andando oltre le UTAP o le Unità Pediatriche di Distretto che

#### IL NUMERO DEI PEDIATRI: LA FLESSIONE NEL TEMPO

| Anno | Previsioni   |          |
|------|--------------|----------|
|      | Tabiano 2001 | SIP 2006 |
| 2000 | 13.800       | -        |
| 2005 | 14.100       | 14.700*  |
| 2010 | 14.300       | 15.200   |
| 2015 | 14.900       | 15.400   |
| 2020 | 12.100       | 13.600   |
| 2025 | 11.500       | 10.400   |

\*dati 2006

Tabella I

per ora sono più idee che modelli organizzativi, e sono finora lasciate alla iniziativa privatistica dei medici. Le Case della salute, "secondo pilastro" del SSN, come le ha ipotizzate il ministro nella presentazione di Roma del 22 marzo scorso (si veda in dettaglio in *Il sole24oreSanità* del 27 marzo), sembrano molto vicine al sogno e hanno ricevuto una tiepida accoglienza da parte delle regioni. Una cosa sembra certa: non si fa il secondo pilastro senza investire risorse.

□ *Le UO di Pediatria dovranno occuparsi, come in tutto il mondo, delle sole cure secondarie.*

Com'è possibile indurre le UO a cessare gli atteggiamenti "opportunistici" facendo scendere il tasso di ospedalizzazione verso livelli europei? Questo comporterà una riduzione delle UO. Sono le regioni disponibili ad affrontare questi "impopolari" interventi programmati? O esistono strumenti amministrativi per disincentivare i ricoveri e ridurre i tassi di ospedalizzazione? È possibile - come alcuni pensano - che la istituzionalizzazione del parto in analgesia epidurale con tariffa pari a quella del parto cesareo, possibile solo nei punti nascita con un numero elevatissimo di parti, porti per conto suo a una riduzione dei punti nascita e quindi delle UO di Pediatria?

□ *L'area delle cure primarie deve essere esclusivo compito della pediatria di base.*

Questa dovrà allora farsi maggior carico della crescente insicurezza delle famiglie nella gestione di disturbi banali scambiati per malattie. Come si può ottenere il risultato che le famiglie non scarichino direttamente sui punti ospedalieri problemi tipici dell'area delle cure primarie che dovrebbe risolvere l'80% dei problemi di salute? A questo può contribuire un "rinforzo" culturale per il pediatra di base nell'area della genitorialità e del counselling? O possono essere di aiuto nuove professionalità con nuove competenze? O si dovrà studiare qualche intervento amministrativo sulle UO di Pediatria o sulle famiglie, tenendo comunque conto del fallimento dei tickets sugli accessi?

#### **Indirizzo per corrispondenza:**

Giancarlo Biasini  
e-mail: [giancarlo.biasini@fastwebnet.it](mailto:giancarlo.biasini@fastwebnet.it)

## La Pediatria di distretto

GIORGIO MENEGHELLI

*Pediatra di famiglia, Mestre (Venezia)*

### THE FUTURE OF PAEDIATRICS IN ITALY: THE TERRITORIAL CARE SYSTEM

*(Medico e Bambino 2007;26:223-225)*

#### **Key words**

*Decreased birth rate, Decreased child morbidity, Increased health request, Territorial paediatrics, Hospital paediatrics, National health system*

#### **Summary**

*In the past 40 years Italian paediatrics has faced three major changes: a rapid decline of the birth rate (1 million births/year in 1964 vs 554,222 births in 2005), a dramatic drop of severe morbidity and a continuous increase in health requests by often excessively concerned parents. Between 1990 and 2000 the number of ER interventions qualified as "white" or "green" has increased by 400%, together with the number of clinical visits to family paediatricians. However, the important changes that Italian paediatrics has faced were not accompanied by a parallel remodelling of the Italian paediatric health system that has basically remained unchanged. The result is a territorial paediatrics that has very little or no connections with the hospital paediatrics, unable to appropriately filter the patients, yielding a 2-3 times greater hospitalization rate than in other developed medical realities. Some recommendations (such as the "group paediatrics" PSN 2003-2005) have recently been made in the attempt to shift the hospital overload towards the territory, but have been accepted very mildly, and, apart for some exceptions, did not widely make it through. The number of Italian paediatricians is in decline, raising some concern amongst the experts. A better organization of the territorial care is needed (the example of the Mestre-Venezia region is brought), leading to a paediatrics with less unnecessary procedures and a smaller number of paediatricians being able to cover a greater number of patients.*

**I**n Pediatria, negli ultimi 4 decenni, tre parametri fondamentali hanno subito radicali modifiche:

- netto calo delle nascite (-50% vs anni Sessanta) e diminuzione dei bambini;
- crollo della morbilità medio-grave;
- aumento parossistico della domanda di salute dei genitori per gestire la crescita dei figli.

#### **CULLE VUOTE**

Nel 1964 i nati erano più di 1 milione/anno; da circa 15 anni si sono ridotti del 50%. Altri dati inerenti alle nascite: indice di natalità (da 18,4 a 9,2 per mille) e indice di fertilità (da 2,41 a 1,22 figli per donna). I nuovi nati nel 2005 sono stati 554.222.

Dal 1981 al 1991 gli under 15 anni hanno perso 3 milioni di unità, pari al 26% (da 12 a 9 milioni). Nel 2005 i bambini da 0 a 14 anni sono 8.190.000.

L'ISTAT prevede 7 milioni di bambini (7,6 secondo altri) nel 2025 (-1,2, pari a -15%, rispetto a oggi), con cali concentrati nella fascia di età tra 0 e 6 anni (-822.000 unità, pari a -21%). Previsti 5,2 milioni di bambini nel 2038 e 4,6 nel 2050.

La rarefazione della presenza infantile (dal 26% al 14% sulla popolazione generale), mentre nello stesso periodo triplicava l'indice di invecchiamento, ha modificato gli stili di vita dei bambini che crescono senza coetanei, quasi "prigionieri" di un mondo di adulti-anziani.

#### **MALATTIE SCOMPARSE**

La morbilità grave è crollata per varie convergenze. Il benessere, i vaccini più numerosi con coperture più alte, la migliorata prevenzione perinatale, gli antibiotici hanno eliminato/contenuto le epidemie infettive e le loro complicanze. Nuovi vaccini sono già in uso, altri arri-

# Focus

veranno. Il Veneto, come altre Regioni, dal 1° gennaio 2006 dispone di un Calendario vaccinale con 12 vaccini in offerta attiva e gratuita. L'offerta vaccinale è in ulteriore espansione.

## AUMENTO DELLA DOMANDA

A fronte di bambini sempre più sani le famiglie, in gran parte strutturate con "figli unici, rari e tardivi", hanno sviluppato una domanda di salute "incontrollata e incontrollabile", tipica delle società con pochi figli. L'insicurezza nella gestione dei disturbi banali li trasforma per i genitori in "urgenze soggettive". Circa il 98% sono cure primarie, risolvibili sul territorio. La fuga verso Pronti Soccorso e Ospedali, 1 visita/die per pediatra di famiglia (PdF), dipende da deficit organizzativi.

## PARADOSSO DI SALUTE

La mortalità infantile (4,1 per mille in Italia) si è ridotta di 7 volte in 30 anni (-50% nell'ultimo decennio); tra i 12 mesi e i 14 anni la mortalità è rara (1-3 per 10.000 bambini) e nel 75% de casi è dovuta a incidenti e neoplasie. Le infezioni sono quasi scomparse come causa di decesso.

Ma... giungono al PS 5 milioni di bambini/adolescenti per codici bianchi (60%) e verdi (30%), con accessi aumentati del 400% tra il 1990 e il 2000. Le visite dei PdF, nello stesso periodo, sono lievitare del 300%. Dal 2000 sono aumentati in PS anche gli accessi con codici bianchi notturni (fatto nuovo e indicativo).

La famiglia non gestisce la crescita dei figli, si comporta da "agenzia di servizi" (come per la scuola), rivolgendosi al primo medico disponibile al solo dubbio che il bambino sano si possa ammalare qualche giorno dopo ("bambino guarito per ieri").

## IMMOBILISMO

Meno bambini, meno morbilità, più richiesta di cure primarie avrebbero reso obbligatorio un rimodellamento dell'assistenza. Invece...

La Pediatria di famiglia ha mantenuto il modello 1981, singolo PdF in singolo ambulatorio, trascurando le potenzialità

della Pediatria di gruppo e la continuità assistenziale (CA), che nel 2006 è richiesta da tutti (PSN 2003-2005, Forum di Pisa, Linee guida SIP, SIMEUP ecc.). La necessità era evidente già nei primi anni Novanta.

L'Ospedale ha cercato di resistere su posizioni non difendibili. Le UO pediatriche si sono ridotte da 695 del 1971 a 493 del 1999 (-202 UO pari a -29%), ma i ricoveri impropri sono rimasti elevati e, anche se in calo (103 per mille), sono tuttora tra il doppio e il triplo rispetto alle altre sanità avanzate. L'integrazione Territorio/Ospedale, da tutti auspicata, non è avvenuta, e le ASL non ne hanno mai fatto un obiettivo primario.

I due modelli pediatrici, scollegati tra loro e al loro interno, perdono terreno in un SSN a corto di risorse, che "sente" sul collo il lievitare dei costi sanitari degli anziani senza accorgersi di un'area infantile cambiata.

## RUOLO DEL SSN

Il PSN 2003-2005 (e precedenti) indica di spostare il baricentro dalla "Rete ospedaliera definita decisamente ipertrofica" verso il territorio, ma il SSN non ne ha seguito gli indirizzi: ridurre/accorpare la Rete ospedaliera, diminuire i ricoveri, attivare la CA del territorio.

Il "potere politico" della Sanità, a ogni livello, soffre di scarsa capacità di analisi e di progettazione; non comunica con gli operatori né con le Società scientifiche; in gergo si concretizza così l'"imbecillità di un sistema". Il SSN governa di fatto bisogni di salute cambiati ma, non conoscendoli, non può modificare la loro gestione.

La Pediatria di gruppo non è stata incentivata dalle ASL e dai Direttori generali, preferendo singoli pediatri in piccole frazioni per malintesa valutazione tra comodità e qualità delle cure e per il campanilismo imposto dalle Consulte dei Sindaci. Idem per le UO di Pediatria, spesso ancora in vita con target inferiori ai 10.000 bambini.

## I PEDIATRI

Le analisi delle riviste pediatriche parlano dai numeri dei pediatri (in calo),

meno da quelli dei bambini (in crollo) senza analisi della morbilità ridotta e della diversa domanda di salute. La riduzione di pediatri: circa 400 (o 250?) neo-diplomati/anno verso 600 drop-out; il trend si accentuerà quando il 50% dei PdF, oggi tra i 45 e i 55 anni, si pensioneranno tutti assieme.

L'Italia ha il più alto numero di pediatri (e medici) del mondo: 7416 PdF assistono 5.926.245 bambini; i pediatri ospedalieri sono 5000. In Gran Bretagna sono attivi solo 2000 pediatri ospedalieri. In Germania operano 6700 pediatri per 12 milioni di bambini. Il SSN dispone anche di 1000 pediatri universitari e di 500 pediatri di comunità.

Perché i pediatri in Italia non possono assistere i bambini, allineandosi sui numeri delle altre Nazioni?

## PROPOSTE

Le carenze (come da PSN) riguardano la CA del territorio, la scarsa collaborazione territorio/ospedale, l'ipertrofia della rete ospedaliera. I modelli in essere non governano la rivoluzione di numeri e bisogni dell'infanzia, anche sul livello della costo-efficienza. Lenta la crescita delle Pediatrie di gruppo (12% circa), giustificata dalle difficoltà logistiche e dall'avversione politica delle ASL. Né i PdF né le Pediatrie (per timore di perdere potere) hanno favorito la CA del territorio che le ASL non hanno incentivato tranne rare eccezioni.

In Italia è attiva dal 2001 nella ASL 12 veneziana l'unica (UNICA) CA territoriale pediatrica funzionante dalle ore 8 alle 20, 365 giorni/anno (cioè che la SIP, la SIMEUP, i PSN, il Forum di Pisa ecc. chiedono nel 2006). I PdF coprono 120 giorni di assistenza/anno in più e fermano il 99% delle richieste fuori dell'ospedale quando il servizio opera come filtro funzionale. Il modello veneziano è migliorabile. L'analisi dei costi e risultati sarebbe utile riflessione per il futuro dell'area pediatrica.

Per quali motivi la CA veneziana resta da 6 anni l'unico esempio italiano?

## MODELLO TERRITORIALE

Una UTAP con 5-6 PdF, 2 infermiere, 2 segretarie può assistere più di 6000

bambini, dalle 8 alle 20 nei giorni feriali. I PdF delle UTAP, con un unico centro stanziale per ASL media, coprirebbero i turni dei 120 giorni festivi e prefestivi. Quanti PdF servono? 4700, -2700 rispetto agli attuali 7416. Il calcolo è sui bambini oggi assistiti dai PdF, circa 5,6 milioni (gli altri sono gestiti dai MMG).

Da sottolineare, con l'UTAP, in funzione di filtro, più del 90% degli accessi impropri ai PS "non arriverebbero".

### MODELLO OSPEDALIERO

L'UO di Pediatria, per il calo di morbilità e senza intasarsi di Cure Primarie, può coprire un hinterland tra i 40.000 e i 100.000 bambini. Computate sul target minimo dei 40.000 bambini, basterebbero 200 UO di Pediatria (10 pediatri per reparto) con 2000 pediatri ospedalieri (come in Gran Bretagna) contro i 5000 attuali. Il SSN prevede l'ospedale pediatrico fino ai 18 anni, ma i ricoveri over 14 anni in UO di Pediatria sono rari. Vanno accorpate le UO piccole, ma le ASL non sono orientate in questa direzione, ostacolate dal campanilismo dei Sindaci.

### CONCLUSIONI

Nel 2025 avremo, secondo la SIP, 10.400 pediatri e secondo l'ISTAT 7 milioni di bambini. Dai calcoli riportati 4700 PdF possono curare 5,6 milioni di bambini, pur restando sui numeri dell'assistenza di oggi e non tenendo conto del calo nel numero dei bambini.

Aggiungendo 2000 pediatri ospedalie-

ri, 1000 universitari, 500 di comunità (tutto come oggi), arriviamo al totale di 7570 pediatri vs i 10.400 previsti dalla SIP. Non mi pare ci sia una vera crisi numerica dei pediatri, determinata oggi solo da ipertrofie di sistema non più compatibili con le risorse.

Ovviamente è da affrontare la riduzione delle prestazioni improprie sul territorio come in ospedale: non producono salute, ma solo sprechi di risorse umane ed economiche,

I numeri proposti per i pediatri sono realizzabili con modelli già attivi in altri Paesi. Difendere lo *status quo* porterà, calcoli alla mano, alla fine della Pediatria di famiglia e a disordinate chiusure delle UO di Pediatria con regressioni di assistenza.

R. Volpi, demografo del mondo dei bambini, ha titolato due trattati: *I bambini inventati* e *C'erano una volta i bambini*. Negli ultimi anni l'area pediatrica ha in parte gestito una "Pediatria inventata" con eccessi di visite, ricoveri, eccessi di arrivi al PS, esami e terapie inutili. Difendendo lo *status quo*, si contribuisce alla "imbecillità di sistema" verso risultati poco auspicabili del tipo: "C'era una volta la Pediatria".

*NB. Con i limiti della sintesi la relazione critica l'organizzazione della Pediatria del SSN, non i pediatri che hanno svolto con impegno la loro professione, realizzando in Italia cure infantili di ottimo livello.*

### Indirizzo per corrispondenza:

Giorgio Meneghelli  
e-mail: [cmeneghelli@iol.it](mailto:cmeneghelli@iol.it)

### Bibliografia di riferimento

- Baldi S. La popolazione italiana verso il 2000. Il Mulino ed. Paperbaks, 1999.
- Bauchner H, Phlipp B. La prescrizione per il cambiamento. *Pediatrics* 1998;10:430-3.
- Bellet PS. The hospitalist movement and its implications for the care of hospitalized children. *Pediatrics* 1999;2:473-7.
- Biasini GC. I pediatri del prossimo futuro: la domanda e l'offerta. *Medico e Bambino* 2002; 21(9):585-7.
- Cardoni G. Editoriale "Lo stato attuale del SSN". *Rivista SIMEUP* 2006;1:4.
- Comitato per la Programmazione sanitaria nazionale. La riforma dei servizi pediatrici. *Il Medico Pediatra* 1998;7:73-86.
- Fiore M, Ferrando A. Il numero dei pediatri in Italia. *Rivista Gaslini* 2003;35:62-4.
- Marchetti F, Panizon F. Quale pediatra per quale pediatria (Editoriale). *Medico e Bambino* 2006;25(8):483-4.
- Meneghelli G. Continuità assistenziale: dalla teoria alla pratica nel territorio. *Quaderni di Pediatria SIP* 2002;1:113-6.
- Panizon F. Editoriale "Ho fatto un sogno". *Medico e Bambino* 1996;15(8):483-4.
- Panizon F. Come sono cambiati i bambini? *Medico e Bambino* 2004;7:454-58.
- Perletti L. La politica sanitaria e la tutela della salute materno-infantile in Italia. *Rivista SIMEUP* 2005;1:25-6.
- Piano Sanitario Nazionale 2003-2005.
- Progetto Obiettivo Materno-Infantile 1998-2000.
- Saggese G. Editoriale "Forum SIP su formazione e assistenza". *Area pediatrica* 2006;6:3-4.
- Taylor B. How many inpatient pediatric unit do we need? *Arch Dis Child* 1994;71:360-64.
- Venturelli L. L'emergenza-urgenza pediatrica e la madre di tutti i problemi: la continuità assistenziale. *Rivista SIMEUP* 2005; 2:22-4.
- Volpi R. *Figli d'Italia*, La Nuova Italia ed, 1994.
- Volpi R. *C'erano una volta i bambini*. La Nuova Italia ed, 1998.



# Parla un pediatra ospedaliero

SERGIO AMARRI

Azienda Ospedaliera "Santa Maria Nuova", Reggio Emilia

**THE FUTURE OF PAEDIATRICS IN ITALY: A HOSPITAL DOCTOR POINT OF VIEW**  
(*Medico e Bambino* 2007;26:226-227)

## Key words

Paediatric primary care, Secondary care, European health standards, Family-hospital paediatricians collaboration

## Summary

Paediatric primary and hospital care services in the Italian national health system are briefly commented, comparing them with other European systems. The number of paediatric residents in Italy has been reduced in the past years, according to European standards, which brings to an urgent need for a more efficient use of Italian paediatricians. Family (a figure unique to the Italian health system) and hospital paediatricians need to tightly cooperate to provide a coordinated answer to children's and families' health needs, with the priority of night and week-end patient care. Primary care and hospital paediatricians are asked to raise their professional profile, in view of their common speciality.

## CONTIAMOCI E CONFRONTIAMOCI CON GLI ALTRI SISTEMI SANITARI

L'allarme sui numeri carenti di pediatri è scattato negli ultimi anni a tutti i livelli, occupando anche le pagine di importanti giornali nazionali. La mancanza di pediatri è nota a tutti e deriva dalla contrazione, ormai stabile, del numero di borse di studio per scuole di specializzazione. Proviamo però a ragionare con termini di paragone ancorati a quanto succede in altri Paesi, e con un occhio a prospettive future che possano garantire un uso più efficiente delle risorse. Nella provincia in cui lavoro ci sono circa 113 pediatri per 65.570 residenti da 0 a 14 anni (dato al 31 dicembre 2005), cioè un pediatra ogni 580 bambini. Questo rapporto è significativamente più alto rispetto a quelli presentati nelle altre relazioni per gli altri Paesi europei. Nella stessa provincia il rapporto tra pediatri di famiglia (PdF) e pediatri dipendenti (pediatri ospedalieri, PO, e di comunità) è di 1,8, valore molto diverso da quanto osservato negli scorsi anni, a testimonianza della progressiva e costante riduzione del numero di PO. Il numero di PdF è cresciuto, nel rispetto delle regole contrattuali, garantendo la copertura assistenziale al numero crescente di residenti 0-

14 anni (Reggio Emilia è la prima provincia italiana per numero di nascite).

I paragoni internazionali possibili con il nostro sistema sono pochi, poiché esistono tre sole realtà con Sistema Sanitario Nazionale (SSN) universalistico, basato sulla "solidarietà sociale" e con l'erogazione completamente gratuita dei livelli assistenziale di base: Gran Bretagna, che non ha PdF, Paesi Scandinavi, dove tutti i medici sono dipendenti, e l'Italia, che ha una Pediatria di famiglia convenzionata. Tutti gli altri Paesi hanno forme di contribuzione economica, che non rendono possibili paragoni diretti con la nostra realtà.

Indipendentemente dal sistema adottato, tutti gli altri sistemi sanitari garantiscono continuità assistenziale, forme di incoraggiamento al pieno sfruttamento delle cure primarie con un accesso maggiormente filtrato al Pronto Soccorso (PS) e a un uso appropriato dell'ospedale. Va inoltre detto che la formazione specialistica, oltre i primissimi anni di lavoro svolto sotto tutoraggio, prevede in Europa 5 anni in ospedale prima di esercitare la professione in autonomia. In questi anni i medici specialistici, inclusi i pediatri, spendono gran parte del loro tempo nell'assistenza all'urgenza per poi passare negli anni successivi ad attività

sempre più elettive, con una fisiologica rotazione tesa a proteggere il sistema dall'invecchiamento professionale, soprattutto per i lavori più affaticanti.

## È DIFFICILE CAMBIARE, MA CONVIENE

La rete ospedaliera pediatrica è giudicata ipertrofica a tutti i livelli, incluso il recente Forum SIP del 2006 a Pisa<sup>2</sup>. In Italia esistono molti punti nascita (in Gran Bretagna il numero minimo di parti è di 3000), spesso in piccole realtà ospedaliere, considerate insopprimibili. Le piccole pediatrie, tanto criticate, eseguono vigilanza per i punti nascita, ma sono anche un succedaneo della mancante continuità assistenziale. Queste pediatrie sono difficilmente riducibili, senza un radicale cambiamento della nostra organizzazione. Prendiamo un ospedale (i dati citati sono presi da un ospedale dell'Emilia Romagna, ma è un esempio diffuso) che serve un distretto con 10.728 residenti 0-14 anni con una buona copertura di PdF, tutti in gruppo o in associazione, con un piccolo reparto di pediatria, pochi medici che lavorano in pronta disponibilità notturna e festiva. Questo contesto vede oltre 5000 accessi pediatrici (dato quasi costante negli ultimi anni) al locale PS generale, con un 50% di consulenze pediatriche, a tutte le ore del giorno e della notte. Il tutto di fronte a una disponibilità di assistenza diurna feriale garantita dai PdF e alla presenza di una garantita rete di medici (di medicina generale) di continuità assistenziale.

L'impiego delle strutture ospedaliere, di piccole e grandi dimensioni, è massimo nei fine settimana, quando la PdF si spegne, con un iato assistenziale che attualmente riguarda due giorni su sette. Il funzionamento feriale e fine-settimanale diverge pertanto significativamente, essendo il primo periodo relativamente più governabile del secondo quando i numeri delle prestazioni in urgenza impediscono ogni programmazione, favorendo i ricoveri impropri.

Le forme alternative al ricovero ordinario sono inoltre scoraggiate da alcune regole, o forse è meglio dire consuetudini, dell'aziendalizzazione e dai rapporti tra aziende ASL e ospedaliere. Ad esempio, l'osservazione breve<sup>3</sup>, che è un'alternativa al ricovero in tanti casi di malattia acuta, non è "remunerativa" come un ri-

covero per l'azienda ospedaliera, e impone un impiego dei posti letto caratterizzato da un alto turnover e una differente ricaduta lavorativa sul personale sia infermieristico sia medico

Per ultimo, le divergenti forme contrattuali tra PO e PdF, i primi dipendenti e i secondi convenzionati, non facilitano cambiamenti organizzativi basati su percorsi condivisi. In questi anni i due mondi hanno spesso percorso linee parallele, in particolare nella formazione, con rari punti di contatto.

### ALCUNI ERRORI DEL PASSATO E LE ATTUALI OPPORTUNITÀ

Nella prima metà degli anni '90 si è osservato il nadir delle nascite in Italia (1995: 526.000 bambini contro il 1.035.000 del 1964; fonte ISTAT). Di fronte a questo drastico calo delle nascite le due anime della pediatria hanno proceduto senza nessuna variazione di rotta adeguata. La PO si mise sulla difensiva di fronte al calo di domanda, e si devono a quel periodo, un po' in tutto il territorio nazionale, i cosiddetti "accessi diretti", che hanno creato, di fatto, un canale di accesso facilitato all'ospedale all'utenza in competizione con i PdF. Il risultato di questo mancato adeguamento e/o ridimensionamento della rete ospedale/distretto è stato la creazione di ridondanze assistenziali, con un'utenza abituata a rivolgersi a più fonti professionali per risolvere a volte un singolo e semplice problema. Inoltre le rete ospedaliera, sempre più schiacciata dalla sovraccarica urgenza, fornisce mediamente delle prestazioni appiattite: nel 2005 i primi 10 DRG per ricoveri ordinari erogati sono pressoché uguali in tutte le Pediatrie delle Aziende della regione Emilia Romagna. Nel frattempo il panorama

delle patologie infantili è mutato, con maggior peso delle malattie croniche.

Il numero di borse di studio per scuole di specializzazione erogato all'inizio degli anni '80 era altissimo, ad esempio l'Università di Modena aveva allora 50 specializzandi per ogni anno, mentre oggi ne conta poche unità. Gli esiti di questa mancata programmazione sono ora sotto gli occhi di tutti. Le ricadute di questa stretta sono facilmente intuibili. Il numero di PO è in costante calo, soprattutto nei reparti di piccoli ospedali, e in alcune aree del Paese si comincia a faticare nel reperimento di PdF.

Nel tentativo di cercare strade alternative abbiamo recentemente innestato l'ambulatorio di urgenze del nostro reparto all'interno dei locali del PS generale: questo sia per garantire un'accoglienza più sicura dei bambini con accesso appropriatamente urgente, sia per generare condizioni di condivisibilità di questi percorsi con la PdF.

Il futuro sostenibile per la pediatria deve passare attraverso la tanto ricercata "integrazione ospedale-distretto". Per la PO e per la PdF il punto di forza, al contrario di quanto succede per la medicina generale, è la comune specializzazione, che può permettere di condividere parte importante del percorso assistenziale, anche in una sinergia di risorse.

L'invito alla PdF è quello di tornare a fare gli specialisti, affidando alle professioni "alleate" parte del lavoro, confidando su una rispettosa alleanza con le professionalità non mediche. Il pensiero va, ad esempio, a bilanci di salute e vaccinazioni che possono essere affidate a personale infermieristico. In questa direzione vanno abbattuti timori verso la commistione rete ospedale/rete distrettuale, e si deve proseguire verso la creazione di una solida continuità assistenziale basata su questa integrazione. L'urgenza di

assicurare una continuità assistenziale, almeno diurna per sette giorni alla settimana, è riconosciuta in tutti i dibattiti, incluso questo; sarebbe un ennesimo errore programmare due canali separati per PO e PdF. Un lavoro sincrono avrà migliori risultati se avverrà nell'ospedale o nelle sue immediate vicinanze, per evitare la ridondanza di servizi all'utenza.

Lo spirito partecipativo delle modifiche organizzative deve essere basato sulla consapevolezza che entrambe le facce della pediatria non possono più sostenere iniziative isolate e autoreferenziate, ma devono cercare un senso e un futuro nella partecipazione ai processi innovativi. Forme sperimentali di collaborazione tra PdF e PO possono aprire la strada a un futuro sostenibile per l'intero gruppo di specialisti. Da entrambi i settori deve giungere una serena predisposizione a modificare il proprio atteggiamento, altrimenti il paziente si sente libero e autorizzato a praticare uno speculare arbitrio che porta al sistematico abuso delle risorse sanitarie con insostenibili livelli di inappropriatazza.

La partecipazione è la base della libertà, anche professionale, come cantava Giorgio Gaber: "la libertà non è uno spazio libero, la libertà è partecipazione".

### Indirizzo per corrispondenza:

Sergio Amari  
e-mail: [sergio.amari@asmn.re.it](mailto:sergio.amari@asmn.re.it)

### Bibliografia

1. Il Sole24ore, Sanità, 13-19 giugno 2006, pag 28-9.
2. Saggese G. Editoriale Area Pediatrica 2006; 7(6):3-4.
3. Guglia E, Marchi AG, Bassanesi S, Norbedo S, Messi G. Osservazione temporanea: ruolo e prospettive tra ospedale e territorio. Medico e Bambino 2004;23(9):567-70.

# Lettera di una pediatra di famiglia

LEDA GUERRA

Pediatra di famiglia, Codigoro (Ferrara)

## THE FUTURE OF PAEDIATRICS IN ITALY: A FAMILY PAEDIATRICIAN POINT OF VIEW

(*Medico e Bambino* 2007;26:228-229)

### Key words

*Infant territorial care system, Family paediatricians, Paediatric group*

### Summary

*Despite a surplus of resources and availability (the highest ratio in the world between the number of paediatricians and hospital wards on the one hand and the number of children on the other hand) Italian paediatrics is, at the moment, facing some major issues: a significant reduction of the paediatric population and increased health expectations by parents resulting in minor or non existing health issues that families are unable to face on their own. Both family and hospital paediatricians agree that a dramatic change in the system is required and the formula of group paediatrics that has already been carried on by isolated groups might be a proper shift in this direction.*

Anche quest'anno non ho potuto mancare all'appuntamento con Tabiano, il convegno delle terme "in famiglia" che, secondo il solito stile tutt'altro che convenzionale, ha seguito la linea della "pulizia" terapeutica, o della semplificazione diagnostica, o della minimizzazione dell'intervento.

L'argomento che più di tutti ci ha stimolato è stato quello della continuità assistenziale, dove il dottor Meneghelli ha riportato il modello che copre nei fatti i bisogni territoriali della provincia di Mestre-Venezia, un'esperienza che funziona da anni ma che resta tuttora unica in Italia: 5 pediatri con l'aiuto di 4 paramedici possono assistere 6000 bambini dalle 8 alle 20 nei giorni feriali, e a turno nei giorni prefestivi e festivi (coprendo così 365 giorni all'anno). Ho deciso di riportare qui in sintesi una "cronistoria della relazione", compresi naturalmente gli interventi del pubblico.

La premessa parte da alcuni importanti dati statistici: calo delle nascite del 50% dal 1960 a oggi, scomparsa delle malattie medio-gravi che richiedono il ricovero; per contro (paradosso di salute) c'è un incremento di domanda quasi esclusivamente (98%) per patologie ba-

nali, autorisolubili, o "non patologie", che vengono chiamate codici bianchi o che addirittura potrebbero essere definite "trasparenti". L'incremento di accessi al PS è salito in 10 anni (dal 1990 al 2000) del 400%, ovviamente non molto diverso da quello presso i pediatri di famiglia, che è aumentato del 300%.

E "diamo altri numeri": l'indice di fertilità della donna italiana, che è tra i più bassi del mondo, è dell'1,19-1,33 (mentre negli USA è più del doppio). Nel 1970 ai PS affluivano 6 milioni di pazienti, mentre oggi sono 5 milioni solo i bambini. I ricoveri sono tra il doppio e il triplo di altri Paesi avanzati, pur avendo (o forse proprio avendo) il numero di pediatri più alto del mondo. Nell'esperienza veneziana l'afflusso al PS è calato drasticamente, ma a costo di un impiego di tempo e di risorse umane forse eccessivo in rapporto ai problemi: i codici bianchi, verdi e trasparenti!

Qual è la causa di tutto questo? In fondo lo sappiamo bene: ognuno si addossa le proprie responsabilità, perché sicuramente, oltre al benessere, ci sono stati errori da parte dei PdF, che hanno creato i bisogni, e delle pediatrie ospedaliere che, proprio negli anni in cui si è

verificata la più bassa natalità (attorno al '92-'93), hanno attivato gli "accessi diretti", mettendosi letteralmente in competizione con la pediatria ambulatoriale. Inoltre, il mancato adeguamento della rete assistenziale ospedaliera, nel senso di una riduzione, e la mancata integrazione ospedale-territorio sono sotto gli occhi di tutti. Il risultato è un appiattimento delle professionalità erogate.

La platea di pediatri cerca di individuare le cause e di proporre le soluzioni.

Al primo posto c'è l'educazione sanitaria: "noi professionisti non siamo stati in grado di educare, i codici bianchi li creiamo noi!" "Non abbiamo spiegato ai nostri pazienti che la febbre è anche una difesa dell'organismo". "Io mi sto accorgendo che meno prescrivo meno bisogno suscito in futuro per i genitori". Ma c'è anche chi dice: "se non do io l'aerosol per il raffreddore, la famiglia troverà sicuramente chi glielo prescriverà"! Una collega afferma: "io credo che la prima continuità assistenziale sia che finalmente si parlino tra di loro, tra colleghi, i PdF e gli ospedalieri, almeno al momento della dimissione"! Un altro PdF aggiunge: "è vero, noi possiamo e dobbiamo fare educazione sanitaria, ma c'è tutto un mondo esterno di segno opposto che agisce e influenza le mamme: le condizioni sociali attuali, la televisione, i giornalisti che creano terrorismo per l'influenza ecc. Tempo fa dalla regione Emilia Romagna è arrivato presso il mio ambulatorio un manifesto che indicava che, se il medico è in associazione, quando c'è un'urgenza come una congiuntivite o una puntura d'insetto (*sic!*), occorre rivolgersi immediatamente agli altri associati".

Oggi i bambini sono pochi, sono figli unici, tardivi, su cui l'aspettativa di salute di tutti è enorme; quindi è lì che sostanzialmente si genera il codice bianco, è lì soprattutto che si genera un bisogno di sicurezza e di salute di questo bambino, che deve essere guarito, anche quando non ha niente, "per ieri"! La risposta del dottor Meneghelli è un modello assistenziale più asciutto: una non sovrapposizione (o una integrazione) tra ospedale e territorio, una riduzione (forse drastica, difficilmente accettabile) dei reparti di pediatria, un riequilibrio del rapporto pediatri/bambini. Il dottor Amarri e altri propongono di "toccare le tasche" delle persone come principale deterrente, anche perché ci

## MESSAGGI CHIAVE

□ La pediatria italiana è forse la più ipertrofica del mondo. 14.000 pediatri: 7000 PdF, 5000 ospedalieri in 500 UO, 1000 nei reparti universitari, 500 pediatri di comunità, per 8 milioni di bambini (in Germania ci sono 6700 pediatri in tutto per 12.000 bambini; in Gran Bretagna ci sono 2000 pediatri ospedalieri per 9 milioni di bambini).

□ Calcolando il numero delle borse di studio per specializzandi e il numero dei pediatri che andranno in pensione nei prossimi anni, si prevede un aumento fino a 15.000 unità da oggi al 2015, e da quella data in poi una diminuzione, fino a 11.500 nel 2025.

□ Anche per i bambini è previsto un calo (proporzionalmente inferiore a quello dei pediatri): 7 milioni nel 2025 (-12% da oggi; ma -29% nella fascia 0-6 anni).

□ Se al calo dei bambini da assistere si aggiunge un calo prevedibile dei loro bisogni reali, il relativo squilibrio temuto per il 2025 non appare in realtà straordinario, e correggibile mediante aggiustamenti parziali, come quello di un maggior numero di bambini della fascia 6-14 anni in carico ai MMG.

□ Al calo dei bisogni reali fa tuttavia da contrappeso un aumento dei bisogni percepiti: eccessivo ricorso all'ospedale e ai PS per ricoveri impropri e per codici bianchi (5.000.000/anno).

□ Su tutti questi dati, il Forum di Pisa 2006 ha proposto un aumento del numero delle borse di specialità. Non sem-

bra però che a questo problema sia opportuno rispondere mantenendo alta la già altissima offerta, anche per non accentuare fenomeni di deprofessionalizzazione e demotivazione, già in atto.

□ Le cure primarie (in "continuità assistenziale") dovrebbero restare affidate alla PdF in un sistema di Pediatria associativa; e solo le cure di secondo livello dovrebbero restare all'ospedale, con un numero di UO verosimilmente ridimensionabile, e con una maggiore incentivazione dell'osservazione breve.

□ L'esperienza della ASL 12 di Venezia-Mestre, di una continuità assistenziale funzionante dalle 8 alle 20 per 365 giorni all'anno, funziona da 6 anni, ma rimane sinora unica. Eppure sembra un esempio soddisfacente per tutte le componenti e dunque ripetibile.

□ Una parte del lavoro del PdF potrebbe d'altronde essere affidata (ri-affidata?) a professioni "alleanze" (ad esempio, bilanci di salute e vaccinazioni potrebbero essere svolti da personale infermieristico, da mantenere nell'ambito di una pediatria di comunità o comunque di servizi distrettuali).

□ Questo riassetto va inteso come una "nuova alleanza", in uno spirito di servizio, alla ricerca di una "sinergia di risorse" tra ospedale e componente territoriale del distretto, di un linguaggio, di finalità, e di comportamenti condivisi, in una partecipazione ai processi innovativi: "la libertà non è uno spazio libero, la libertà è partecipazione".

sono solo 3 Paesi al mondo (tra cui l'Italia) che utilizzano il SSN basato sulla solidarietà sociale.

L'altra risposta, che, almeno in aula, è risultata vincente, nel senso che tutti mostravano di ritenerla una cosa buona, non abbastanza realizzata quasi solo per inerzia, è quella della Pediatria di gruppo, pur coi limiti logistici e la diffidenza verso il nuovo di alcuni colleghi. Il dottor Calia riporta la soddisfazione per la sua esperienza di 10 anni. Il suo studio a Roma, formato da 3 colleghi e da personale paramedico che funziona da filtro, svolge una continuità assistenziale di 12 ore nei giorni feriali, mentre il sabato e la domenica è organizzato a turno tramite il cellulare. "Molti ci chie-

do perché l'abbiamo fatto. Io rispondo sempre: per noi stessi".

Un'altra collega interviene dicendo: "Ora lavoriamo tanto, ma alla fine della giornata cosa ci resta? una grande insoddisfazione! Ma il mettere insieme più teste pensanti può significare invece lavorare meglio, dare più opportunità ai pazienti, riuscire ad avere l'infermiera, la segretaria, inter-scambiarsi nelle assenze, fare finalmente gli specialisti!".

Un'obiezione del prof. Biasini: "Ma se noi creiamo un altro punto di accesso fuori dall'ospedale e se il PS continua ad accettare i bambini che attualmente vi affluiscono, forse non abbiamo concluso nulla, e soprattutto non abbiamo fornito gli strumenti educativi alla famiglia".

Il prof. Panizon dice, alla fine, qualche parola di sintesi e di saggezza: "È arrivato il momento che la pediatria prenda coscienza di non aver prodotto, nella sua professione e nel vissuto delle famiglie di cui si prende cura (e che in qualche modo dovrebbe invece "svezzare"), quella naturalezza, quella autonomia, quel ragionevole grado di tranquillità nell'affrontare la piccola emergenza, ma paradossalmente di aver implementato questi stessi bisogni di intervento. E dovremmo sapere tutti che lo abbiamo fatto nel nostro interesse, più o meno consapevolmente, nella difesa del nostro ruolo, dei singoli e delle categorie... Ci siamo detti molte cose: fare meglio con meno, non fare le cose inutili, non farsi concorrenza, creare un senso di servizio e di collaborazione, ma poi non lo abbiamo fatto. Sarebbe ragionevole che negli stessi luoghi, negli stessi distretti, sia in ospedale che in ambulatorio, si tratti la stessa malattia con gli stessi criteri e più o meno con gli stessi farmaci. Per farlo, bisognerebbe parlarsi, trovarsi, discutere e progettare, l'ospedale di rete coi "suoi" pediatri di famiglia... Voi PdF avete del potere, se non ne siete consapevoli, se non ritenete di poterlo usare, magari attraverso la Pediatria di gruppo, ma anche come singole persone, unite però dalla consapevolezza degli stessi problemi, allora siete perduti. Potete lamentarvi finché volete, ma se nessuno cerca in se stesso le sue proprie piccole responsabilità, e assieme le possibilità d'intervento, e se le scarica sempre su altri, se ciascuno rimane a difendere la propria rendita di posizione, sempre più esigua, allora sarà difficile uscire da questa situazione che appare sempre meno gratificante".

E conclude con una nota di ottimismo: "C'è la resistenza dell'ospedale per la sopravvivenza, c'è la resistenza di ciascuno per la sua quiete domestica e per la sua autonomia professionale, ma c'è anche davanti a noi l'ipotesi di un modo di lavorare migliore, di un servizio più sentito e più vero e, a mio avviso, possibile... La Pediatria di gruppo può rappresentare il piccone che rompe le prime mura, il sentiero nascosto per acquisire consapevolezza e potere "buono".

## Indirizzo per corrispondenza:

Leda Guerra

e-mail: [l.guerra@ausl.fe.it](mailto:l.guerra@ausl.fe.it)