

## IL PEDIATRA DI FRONTIERA ALLA LUCE DEI NUOVI ACCORDI SINDACALI

DR. ANTONIO IMPROTA - CORDINATORE REGIONALE SiMPeF CAMPANIA

LAZISE (VR) - XIV CONGRESSO PEDIATRIA ON LINE

*Permettetemi in primis di ringraziare il sindacato SiMPeF, nato esclusivamente lombardo, ma che ha voluto poi aprirsi a tutte le regioni italiane, ammettendo di fatto che, se anche non voluta proprio da tutti, dal 1861 l'Unità d'Italia è ormai una realtà incontrovertibile e il federalismo può essere certamente un'opportunità ma lo deve essere per tutti e non per pochi.*

*Un sentito ringraziamento per l'invito lo devo poi rivolgere ai grandi pionieri di Pediatria on line, Beppe Varrasi e Beppe Elio, perchè senza di loro questo grande strumento di comunicazione non sarebbe esistito e con esso la possibilità di confrontarsi tra pediatri operanti in contesti così diversi e spesso opposti.*

Ancora oggi il termine frontiera rappresenta un luogo di separazione, un sito fisico che ci separa dallo straniero , dal diverso da noi;

Un tempo la frontiera era anche l'archetipo della paura, dell'ostilità, della preparazione alla difesa o all'offesa; in molte parti del mondo è ancora questo.

La frontiera è però in primis un concetto mentale, superarla può significare anche apprendere, conoscere le diversità e forse per questo vivere più liberi.

La frontiera più difficile da abbattere è infatti quella del pregiudizio , che portato agli estremi può diventare odio e quindi guerra, un termine che ci riporta ad un modo di combattere che ormai è quasi solo del passato: la trincea!

Alla luce di questa premessa non vi parlerò quindi del *pediatra di frontiera* ma di *un pediatra in trincea*, ripercorrendo a ritroso un percorso professionale legato a doppio filo alla partecipazione e alla definizione di accordi sindacali che, però, non sempre hanno trovato attuazione ed immaginando poi scenari futuri , non ancora scritti in accordi attuali, ma in essi solo ipotizzati e spesso neanche in modo credibile e coerente.

Parto quindi dalla mia personale esperienza professionale e mi scuso di questo ma credo che sia necessario per capire come siano nate scelte sindacali che sono oggi prassi comune.

Dal dicembre 1984, prima come Medico di Medicina Generale e poi, dal 1 ottobre 1987, come Pediatra di famiglia lavoro nel famoso e *famigerato* Rione Sanità a Napoli.

Non è certo qui il caso di raccontare cosa rappresenti questo Rione di Napoli nel bene e nel male. Una vasta zona della città ricca di storia, ancora oggi testimoniata da edifici che ricordano gli antichi splendori ed al tempo stesso un dedalo di vicoli e vicoletti dove la vita che si svolge rappresenta uno spaccato di relazioni spesso *pericolose* ed al tempo stesso molto umane in un miscuglio ed in una promiscuità che ha pochi eguali nel mondo occidentale .

Appena iniziai la mia attività di giovane medico colsi subito le difficoltà che avrei avuto nello svolgere il mio ruolo in questo contesto, nonostante io stesso fossi napoletano, L'ignoranza della maggior parte dell'utenza che servivo era troppo intrisa di arroganza, prepotenza, pretese assurde ed anche e soprattutto di credenze in campo sanitario frutto di superstizione.... e poi c'era la violenza verbale *delle parole dette e non dette*.

Negli anni '80 e '90 al pediatra di famiglia venivano chieste visite domiciliari inutili in numero spaventoso ed io eseguivo tutte quelle che umanamente era possibile effettuare. Erano in palazzi antichi e tutti i palazzi erano senza ascensore. *In quegli anni avrò scalato l'Everest*. Entravo in case dove spesso regnava la promiscuità assoluta: gli odori forti della cucina si mescolavano a quelli del fumo passivo e qualche volta la presenza di videocamere e cancelli rappresentava la vera frontiera con cui certe famiglie segnavano il confine tra il loro stato e lo Stato. Non era raro allora in queste case che notassi una pistola sul comodino del letto.

Come ho fatto a resistere in quegli anni non lo so neanche io e nonostante qualche anno dopo (1991) ebbi, grazie alla compagna della mia vita, la possibilità di trasferirmi nella piccola Svizzera della Campania (il Vallo di Diano), restai nel Rione Sanità ma mi spostai un po' ai margini dello stesso, cioè nella più *normale* Piazza Cavour, piazza limitrofa e porta d'ingresso allo stesso Rione Sanità. *Restavo comunque in equilibrio sopra la follia!*

Questa breve descrizione di una trincea della Sanità pubblica scavata nel cuore di uno dei Rioni più incredibili di Napoli e di tutta l'Europa era necessaria per capire perché in quegli anni molti pediatri di famiglia mandavano deserte la copertura di zone carenti in territori altrettanto degradati a Napoli e un po' in tutta Italia.

Proprio in quegli anni nella comunità pediatrica cominciava a farsi avanti un'idea che diventerà emergenza anche criminale solo anni dopo con il fenomeno delle *baby gang*: **il bambino a rischio sociale**.

Fu quest'idea che mi convinse a chiedere ed ottenere, da sindacalista, che nell'Accordo Regionale della Campania (poi pubblicato nel 2004) le indennità per zone disagiate fossero assegnate anche con criteri ispirati al rischio sociale delle zone e non solo a criteri orografici. Purtroppo le differenze tra pediatri di zone interne e pediatri delle aree metropolitane si palesarono anche nella mancata spinta all'applicazione di questa voce contrattuale.

Certamente un incentivo economico non può rappresentare la soluzione per invogliare a lavorare in certe zone e quello che serve per farlo non è l'eroismo ma la coerenza, la fermezza ed anche la rinuncia.

Da questi aspetti dobbiamo partire per affrontare un secondo aspetto che si lega a doppio filo alla mia attività di pediatra in trincea e di sindacalista *rivoluzionario e ingombrante*: **le visite domiciliari!**

Come detto prima, tra la fine degli anni '80 e fino forse a qualche anno fa, le visite domiciliari rappresentavano uno strumento di *tortura* per il pediatra, motivo di ricatto da parte di cittadini avvezzi alla cultura del comodo ma anche possibilità per molti colleghi di

arrotondare lo *stipendiuccio* e per molti ospedalieri di schernire i colleghi pediatri di famiglia e magari esporli a denunce a Procure..

Ancora una volta da una personale esperienza trassi lo spunto per una battaglia sindacale epocale contro le domiciliari inutili . Agli inizi degli anni 2000 da Napoli partì un'attività di produzione di eventi, congressi, confronti, documentazioni che non ha avuto forse più eguali per altre tematiche sindacali. Eppure in quegli anni ricordo ancora esponenti di rilievo dell'allora unico sindacato che sostenevano che *"i pediatri di famiglia erano nati per fare le domiciliari"*.... preferendo per gli stessi il profilo basso del *volo del piccione* a quello delle aquile che avremmo potuto fare tutti se avessimo avuto più stima del nostro ruolo. Comunque anche a seguito di quelle lotte sindacali, nel 2005 riuscimmo a normare nel contratto nazionale l'argomento ed a normalizzare questa voce fino ad allora ambigua per la nostra attività, divenuta oggi del tutto marginale per la maggior parte dei pediatri di famiglia. Evidentemente ciò è avvenuto anche grazie all'educazione sanitaria che ciascuno, nel proprio vissuto quotidiano professionale, ha promosso, ma resi più forti dalla declinazione in termini contrattuali più chiari e definiti.

Su un'altra tematica scientifica negli '90 il sindacato dovette confrontarsi per tradurla in opportunità per la cittadinanza ancor prima che per la categoria: **il disagio in area neuropsichiatrica**. Anche questo tema sarebbe poi divenuto *emergenza*.

Fu questo un tema che avrebbe potuto consentire alla categoria di appropriarsi di un ruolo che in altri Paesi è affidato al pediatra (per esempio in Germania) e che in Italia era e rimane affidato unicamente alla classe neuropsichiatrica infantile, non sempre bene equipaggiata e molto più propensa a prescrivere terapie nella sfera comportamentale e molto meno in area neuropsicofarmacologica.

Quest'ultimo in particolare fu ed era argomento delicatissimo che affrontammo in merito alla proposta della reintroduzione in commercio del metilfenidato nel trattamento dell'ADHD , azione che promuovemmo fortemente ma che purtroppo si dimostrò un boomerang.

Agli inizi degli anni 2000 incredibilmente ci accorgemmo di come la neuropsichiatria infantile italiana fosse in emergenza , ma al tempo stesso capimmo che stavamo attraversando un campo minato dove ogni movimento era rischioso . Gli elementi critici e delicati erano le competenze e gli interessi in tema e, non secondariamente, l'assenza di formazione specifica e il non volersi far carico del *fardello* da parte della maggior parte dei pediatri di famiglia. Nonostante questo, anche su questo argomento riuscimmo poi a dare un piccolo contributo introducendo nei contratti , nel capitolo delle prestazioni di particolare impegno professionale, i test di screening per intercettare le problematiche in area neuropsichiatrica infantile, ma anche questa possibile voce contrattuale, in molte Regioni non venne mai applicata.

E' comunque da sottolineare il fatto che in tutti questi anni la pediatria di famiglia abbia sicuramente raggiunto traguardi importanti e abbia migliorato la propria condizione; peccato però che rispetto ai fermenti rivoluzionari sindacali , nati soprattutto a Napoli, agli inizi degli anni 2000 e ispiranti agli insegnamenti del grande maestro della Pediatria

italiana e ispiratore di un *modus operandi* per il pediatra di famiglia, il grande Franco Panizon, la pediatria di famiglia non si sia mai affrancata definitivamente dalla pediatria ospedaliera ed universitaria ma si sia quasi ripiegata su questi due altri perni della pediatria in una specie di *opulenta sudditanza*, marcando essa stessa una differenza che spesso è solo il frutto dell'immaginario collettivo e/o di una frontiera ideologica .

Se ciò è avvenuto non è solo colpa di dirigenti sindacali che hanno continuato ad ossequiare (portando voti e consensi) ospedalieri ed universitari (*che poi non hanno disdegnato e non disdegnano di screditare nei fatti la pediatria di famiglia*), ma è colpa anche e soprattutto della categoria stessa che non ha creduto nella possibilità autonoma di dare sistematicità e quindi rilevanza scientifica a tutta la mole di lavoro e di dati che quotidianamente produce.

Un altro tema che offro alla vostra considerazione è quello sulle **vaccinazioni**.

Su questo argomento credo che quanto appresso esporrò non possa suscitare sospetti se messo a confronto, ancora una volta, con l'esperienza professionale ultratrentennale.

Ho vaccinato in prima persona, eseguendole nel mio studio, migliaia di bambini del Rione Sanità che altrimenti sarebbero stati esposti al rischio di non essere vaccinati.

Purtroppo ci voleva una Legge per decretare il fallimento di un'impresa titanica che ha visto purtroppo pochi pediatri in trincea assumersi in prima persona i rischi ed i costi di vaccinare e non solo promuovere.

Non entro nel merito di una Legge che forse verrà abolita o rivista ma credo che sia necessaria una riflessione un pò fuori dal *groupthink* senza che per questo si finisca *al rogo*. Nella trincea dove spesso l'illegalità è spesso portata ad esempio (*vedi i deleteri effetti della serie tv Gomorra*), non fa certo specie disattendere alle regole e contravvenire alle Leggi o evadere dall'obbligo scolastico. Ciò che invece può fare la differenza è la fiducia nel proprio pediatra che non solo consiglia ma si assume in prima persona il rischio di vaccinare in un ambiente sicuro ed accogliente con collaboratori anche infermieristici. Quanti lo hanno fatto e quanti sarebbero disposti a farlo anche se costretti da un futuro contratto?

La Legge ha decretato nei fatti il fallimento di tutta l'attività di counseling , di promozione, di educazione sanitaria operata dai pediatri di famiglia. Ma c'è stato chi ha fatto di peggio ed in modo incoerente rispetto alla Legge stessa: la Regione Campania ha relegato le vaccinazioni dentro il novero di un tetto economico ristretto di prestazioni di particolare impegno professionale , destinando scarse risorse al recupero di inadempienti , facendo quindi un percorso inverso rispetto a quello che dovrebbe essere un piano di prevenzione coerente.

Infine **una visione sul futuro**: tra non pochi anni, molti di noi andranno in pensione ed allora *giocoforza* la Pediatria di famiglia dovrà cambiare, non perchè l'avrà deciso un Atto di Indirizzo di un Governo , ma perchè si dovranno fare i conti con la forza lavoro che calerà drasticamente e che sarà, però, controbilanciata dal calo demografico (ormai sempre più evidente anche tra gli immigrati).

Solo allora probabilmente avranno piena attuazione quelle forme aggregative dove non sarà più possibile riconoscere il pediatra di famiglia così come lo abbiamo svolto noi, sarà un bene o un male non lo so, certo sarà una necessità ed anche la risposta ad un mondo che cambia e ci interroga chiedendoci risposte a cui purtroppo non siamo nè formati nè preparati e che forse neanche vorremmo esserlo più ora che il traguardo del fine rapporto non è così lontano.

Non per questo però dobbiamo sperare che a sostituirci siano i pediatri "*maturi*" provenienti dall'ospedale di età tra i 60 e i 70 anni , così come sostenuto recentemente dal presidente SIP ( vedi *Pediatria Magazine della SIP Gen/Feb 2018*) con i giovani neo specialisti destinati di fatto solo agli ospedali!

Sono sorpreso ed amareggiato che il presidente della più importante società scientifica pediatrica italiana ci consideri una sorta di **cimitero per gli elefanti** , dove è comodo restare perchè non ci sono turni e notti da fare e si possono così osservare le feste comandate!

Probabilmente il professore Villani non conosce per davvero il lavoro dei pediatri di famiglia e di quanto esso sia faticoso anche in termini psicofisici !

Ma certe affermazioni sono gravi anche perchè forse si vuole sottacere all'evidenza che non è vero che servono più pediatri ma una pediatria diversa sia per il territorio e sia per gli ospedali. Affermarlo sarebbe impopolare perchè è anti-sistema e fa perdere voti e consensi in politica o all'interno di una società scientifica come nel sindacato.

Ma è la realtà: non servono più tanti reparti di pediatria in tanti piccoli ospedaletti (nati spesso per interessi politici) ma centri di riferimento e pediatrie d'avanguardia ultraspecialistica con una grande pediatria sul territorio capace di intercettare e fare da filtro vero., con pediatri veramente preparati alla gestione della complessità.

Quindi è forse molto probabile che per la pediatria di famiglia sarà ridisegnato un ruolo diverso da quello attuale, molto più integrato nel Distretto e forte per davvero del supporto di psicologi, assistenti sociali, neuropsichiatri infantili e in ambienti protetti.

Tutto ciò forse sarà necessario soprattutto per i pediatri in trincea, anche per evitare, in un prossimo futuro, che oltre che lavorare *con i ferri del mestiere* ci si debba preparare (come Trump vorrebbe per gli insegnanti negli USA) nei .... poligoni da tiro ,pronti a fare fuoco in risposta a *stese e baby gang!*

Per quei tempi, per fortuna, almeno io sarò impegnato a fare altro !!!

Grazie per l'attenzione.

Dr. Antonio Improta

simpefcampania@gmail.com