

I NOSTRI VENT'ANNI

Ripercorriamo in queste prime pagine la storia e i propositi che hanno posto le basi della nostra rivista attraverso le parole di Giovanni Corsello, responsabile della Editoria della SIP, e dei direttori che si sono succeduti in questi primi vent'anni: da Alberto Ugazio fino ad Alberto Villani, passando per Alberto Tozzi e Paolo Becherucci

La rivista, due decenni dopo

Nel contesto dell'editoria scientifica pediatrica in Italia, *Area Pediatrica* in questi venti anni si è contraddistinta per la capacità di raggiungere tutti i pediatri veicolando messaggi formativi chiari e coerenti con i bisogni di un pediatra generalista ■ **Giovanni Corsello** | Responsabile della Editoria della SIP

AREA PEDIATRICA NEL 2021 FESTEGGIA VENTI ANNI di vita e di successi. Una ricorrenza importante, utile anche ai fini di un bilancio del percorso formativo di una delle riviste che è ormai entrata a far parte del patrimonio culturale della pediatria italiana. È una delle riviste scientifiche sulle quali la Società Italiana di Pediatria ha investito e puntato di più per migliorare l'offerta formativa ai suoi associati, che raggiunge con puntualità gli oltre 10.000 pediatri della SIP.

Venti anni sono un periodo breve per cogliere e documentare variazioni rilevanti dello stato di salute dei bambini e degli adolescenti in rapporto alla qualità dei percorsi organizzativi della sanità pubblica. Venti anni sono un periodo congruo per cogliere differenze e miglioramenti dello stato di salute dei bambini, in rapporto ai risultati della ricerca e della innovazione tecnologica che incidono sulla pratica clinica. In questo contesto il ruolo che hanno avuto i pediatri italiani può a buon diritto essere considerato decisivo. La salute dei neonati, dei bambini e degli adolescenti in Italia è infatti una delle più avanzate nel mondo, sia in termini di sopravvivenza che di esiti.

In questi venti anni alcuni fattori sociodemografici hanno inciso sui profili di vita e di salute dell'età evolutiva:

1. **la riduzione progressiva e marcata della natalità**, ormai non più compensata dalla nascita di figli di genitori stranieri, che ha molte cause e radici, ma che è il frutto anche di uno scarso investimento sulla famiglia da parte delle istituzioni;
2. **la disomogeneità su base regionale delle cure e dei percorsi di prevenzione**, favorita da un federalismo sanitario regionale spinto, non bilanciato in modo adeguato da politiche nazionali di garanzia dei livelli essenziali di assistenza, in ambito di cure ospedaliere e intensive e dei percorsi di prevenzione;
3. **l'emergenza di patologie croniche**, dall'obesità alle malattie immunomediata e disreattive, in parte collegata con l'adozione di stili di vita incongrui e

non improntati a obiettivi di salute (come disordini alimentari, sedentarietà, abuso di sostanze nocive quali fumo, alcol e droghe) e in parte dovuta ad una interazione sfavorevole tra genetica ed ambiente mediata da alterazioni epigenetiche;

4. **l'impatto rilevante della povertà e delle disuguaglianze**, causa di disagio sociale, dispersione scolastica e povertà educativa, favoriti da crisi economica, migrazioni e amplificati nel corso del 2020 dalla grave pandemia da virus SARS-CoV-2.

Questi eventi hanno compromesso alcuni indici di salute e di sicurezza in tutte le fasce dell'età evolutiva, in particolar modo tra i bambini di età scolare e tra gli adolescenti. Eventi che sono stati aggravati da alcuni determinanti sociali sfavorevoli, quali la diffusione delle separazioni dei genitori e da famiglie sempre più spesso monogenitoriali. Povertà e disuguaglianze causano danni rilevanti sulla salute e sulla integrazione sociale di bambini e adolescenti. In tutte le circostanze in cui aumentano i livelli di povertà in una popolazione, aumentano anche le disuguaglianze al suo interno, aumentano cioè le distanze tra chi vive in condizioni di benessere e sicurezza e coloro che vivono in condizioni di indigenza, marginalità e rischio sociale. Povertà e disuguaglianze sono pertanto due facce di una condizione unica sul piano delle conseguenze indotte da crisi economiche e da emergenze sanitarie, come quelle che stiamo vivendo oggi per la pandemia del COVID-19.

La povertà lede tutti i diritti dei bambini: il diritto alla salute, all'istruzione e alla sicurezza tra loro profondamente correlati e interagenti. Povertà economica e disuguaglianze diffondono nel Paese la dispersione scolastica (oggi calcolata in Italia in media del 14%, con punte del 18% in alcune regioni) e la povertà educativa (per la riduzione quantitativa e qualitativa dei livelli di istruzione, con minore allocazione negli strati più poveri di strumenti per acquisire conoscenze e competenze). Si riducono fre-

quenza scolastica ed ore dedicate alla formazione in un periodo dello sviluppo critico, con carenze che rischiano di diventare permanenti o non completamente reversibili in età successive. *Lockdown* scolastici e formazione a distanza, in strati sociali con risorse limitate o in famiglie con situazioni di disagio, comportano rischi concreti di interruzione dei percorsi di istruzione, per la frequente indisponibilità di mezzi o per l'assenza di un contesto idoneo ai fini di un percorso di istruzione. Nelle famiglie unigenitoriali e con separazione dei genitori, conflittualità ed isolamento sono ulteriori fattori di amplificazione di disagio e povertà educativa.

Barriere linguistiche collegate con lo status di migranti, sia in quanto minori non accompagnati, sia in quanto figli di genitori stranieri con livelli di integrazione sociale insufficienti, sono un altro elemento di rischio per povertà e disuguaglianze, incluse quelle correlate con la povertà educativa. Ciò è da mettere in relazione anche con una disomogenea presenza nel territorio di mediatori culturali e di figure di collegamento a sostegno dell'integrazione.

Molti di questi problemi si sono drammaticamente acuiti nel corso del 2020 in rapporto alla pandemia e al *lockdown* prolungato, che hanno compromesso la frequenza scolastica di molti bambini e ragazzi e favorito la diffusione di isolamento e depressione da un lato, e una riduzione dell'attività fisica e motoria con aumento della sedentarietà dall'altro.

Sul piano dei determinanti clinici e sanitari, da alcuni anni ormai si invoca in Italia un processo di riorganizzazione delle cure pediatriche, che metta insieme in un percorso condiviso e continuo le cure primarie territoriali con quelle ospedaliere di I e di II livello. È infatti necessario dare risposte più efficaci a problemi come l'urgenza e l'emergenza in pediatria, la continuità assistenziale durante le ore notturne e festive, la gestione delle malattie croniche e complesse, la prosecuzione delle attività clinico-assistenziali delle subspecialità pediatriche e in primo luogo della neonatologia, messa in crisi in molte realtà anche per la numerosità dei punti nascita e per la difficoltà di operare degli accorpamenti territoriali da parte dei decisori politici. Una necessità, quella della riorganizzazione delle cure pediatriche in un sistema continuo e integrato, acuita dalla progressiva riduzione del numero dei pediatri attivi, dovuto all'aumento anno dopo anno del numero dei pensionamenti sia tra i pediatri di famiglia sia tra quelli ospedalieri, non compensato dai nuovi ingressi nelle scuole di specializzazione. Una carenza che rischia di acuirsi malgrado il notevole incremento del numero dei contratti per le



scuole di specializzazione in pediatria avutosi in questi ultimi anni, anche in virtù dell'impegno delle istituzioni universitarie e della SIP.



Bisogni formativi, formazione, editoria

UNO DEGLI AMBITI DI IMPORTANZA STRATEGICA IN questo percorso di riorganizzazione complessiva delle cure pediatriche è certamente quello della formazione, sia quella di base e specialistica sia dell'educazione continua. La formazione del pediatra deve essere oggi più di prima flessibile e pluridisciplinare, in modo da garantire competenze sia generali sia specialistiche. Il pediatra è l'unico medico specialista responsabile della salute dei bambini, sia nel territorio sia in ospedale, che ha il compito di tutelarla e di promuoverla e nello stesso tempo di tutelare e di promuovere anche i diritti del bambino e della sua famiglia. Un ruolo sociale, strategico, in cui il pediatra si fa anche da avvocato e da sentinella, che è responsabile anche della salute da adulto di quel neonato, bambino o adolescente.

I bisogni formativi del pediatra in questi anni sono mutati. Sono passati da bisogni esclusivamente correlati con esigenze di condividere punti di vista di gestione clinica, anche attraverso protocolli e linee guida frutto della ricerca e di nuove opportunità di diagnosi e cura delle malattie, →

→ a bisogni intessuti di contenuti di prevenzione e di motivazioni etiche e sociali. Questo sia nell'ambito della formazione residenziale, sia di quella a distanza, oggi evoluta nella formazione in remoto e nei webinar, ovvero mediata dalle riviste scientifiche. Nuove opportunità di intervento frutto della ricerca e della innovazione tecnologica hanno aperto orizzonti diagnostici e terapeutici nuovi per molte patologie pediatriche. La sopravvivenza senza esiti di neonati estremi pretermine, bambini con malattie neoplastiche, genetiche e malformative, è certamente il frutto di un investimento sulla ricerca pediatrica rivolta ai soggetti più fragili, con rischi elevati di mortalità e di disabilità multiple correlate con le patologie di base. Percorsi portati avanti con successo in ambito di malattie infettive e immunomediata, ove l'aumento delle vaccinazioni e l'uso di farmaci biologici solo per citare due esempi ha cambiato la storia naturale di molte malattie croniche e complesse.

L'editoria scientifica pediatrica in Italia ha assolto il suo ruolo in modo encomiabile. *Area pediatrica* in questi venti anni si è contraddistinta per la sua capacità di raggiungere tutti i pediatri e fornire messaggi formativi chiari e coerenti con i bisogni di un pediatra generalista. Gli approfondimenti tematici, le rubriche, i casi clinici, i quiz di autovalutazione sono stati di grande utilità formativa anche per i giovani pediatri e per gli specializzandi in pediatria. Il lavoro dei presidenti e dei comitati editoriali che si sono succeduti in questi anni ha seguito un filo conduttore che ha accomunato nel tempo gli obiettivi editoriali e il linguaggio usato. Il lavoro di Luciana Indinnimeo e dell'attuale comitato editoriale ha innestato nuova linfa, con contenuti all'insegna della medicina basata sulle evidenze e sui nuovi strumenti innovativi che stanno cambiando molti degli approcci diagnostici e terapeutici della medicina e della pediatria.

Ogni numero di *Area pediatrica* è diventato anche occasione per una scoperta nel mondo dell'arte. La copertina, infatti, propone un quadro d'autore ispirato all'infanzia, che viene analizzato in breve in prima pagina. Un modo per ricordare che l'aggiornamento scientifico non deve proporsi come alternativo alle scienze umane ma integrarsi con l'arte e la cultura in una chiave unitaria e globale. Percorso che il pediatra deve seguire nella sua formazione ma che deve anche contribuire a trasferire a bambini e famiglie.

Se la pediatria è nata sul finire del XIX secolo nel solco di una disciplina sociale e di prevenzione, tesa non solo a far ammalare di meno i bambini e a migliorare i loro livelli di salute, ma anche a promuovere il benessere e la qualità della vita del bambino all'interno della famiglia e della società, questo comporta un impegno anche in termini di promozione di tutti i suoi diritti.

Il concetto di salute è cambiato negli anni, anche sulla base della definizione data dall'Organizzazione Mondiale nel 1978. Da "assenza di malattie" oggi la salute deve essere intesa come stato di benessere psichico, fisico, relazionale e sociale. Un concetto che si applica allo stesso modo per gli adulti e per i bambini e gli adolescenti. Allo stesso modo è mutato anche il concetto di prevenzione in pediatria, perché include sia gli strumenti e le modalità per evitare le malattie sia gli interventi utili per tutelare e per promuovere nel bambino anche la salute da adulto. Un ruolo prospettico che mette il pediatra in una posizione strategica, che comincia nella vita prenatale con la interazione con genetisti e ginecologi e prosegue dopo la nascita sino al completamento dell'adolescenza. L'adolescenza è una fascia temporale ad alto rischio, una zona grigia spesso orfana di interventi che mirano a garantire la salute, ma gravida di eventi negativi sia clinici sia psicologici soprattutto nelle nostre società di oggi spesso disgregate in cui i ragazzi si trovano esposti alle conseguenze di isolamento, disagio, depressione e a volte abuso e maltrattamento.

Sono certo che di fronte alla complessità clinica e sociale dei problemi dei bambini di oggi in Italia, *Area pediatrica* continuerà a svolgere il suo ruolo di prezioso supporto all'aggiornamento professionale, come si definiva un tempo con una espressione oggi abbandonata ma calzante l'ECM, acronimo di Educazione Medica Continua.



Una nota in calce: le altre riviste della SIP

LA PIÙ ANTICA DELLE RIVISTE SIP È *ITALIAN JOURNAL of Pediatrics*, nata nel 1975 come *Rivista italiana di Pediatria*, che oggi raccoglie prevalentemente articoli originali e review pubblicati online in lingua inglese. Un percorso internazionale avviato proprio insieme alla nascita di *Area pediatrica* venti anni orsono, che è stato perseguito con grande impegno dalla SIP e dagli editori che si sono succeduti da allora e che hanno consentito di raggiungere oggi un Impact Factor di 2,18, in crescita da alcuni anni sino a collocarlo ormai sulla soglia delle riviste pediatriche internazionali del primo quartile. Il numero degli articoli è cresciuto sia in termini di numero di paper che vengono inviati, sia in termini di articoli accettati e pubblicati. Il panorama degli autori e dei lettori è ormai diventato internazionale e la frazione degli stranieri è ormai superiore a quella nazionale.

Prospettive in Pediatria è la rivista di approfondimento tematico e subspecialistico della SIP. Nata da una costola di avanguardia scientifica della SIP, ormai oltre 50 anni fa

e alla vigilia di festeggiare il numero 200, mantiene la sua formula originaria fatta di sezioni di raccolta di articoli di aggiornamento, rubriche di focus e di frontiere aperte verso la ricerca di base e traslazionale più avanzata, tavole rotonde su temi di attualità scientifica e sociale che incidono sulla salute dei bambini e sui loro diritti alla salute e al benessere.

Pediatria è il magazine della SIP rivolto prevalentemente ai suoi soci, su cui si dibattono temi scientifici e

organizzativi di attualità e si comunicano iniziative e posizioni ufficiali della SIP. Gli articoli spaziano su temi diversi e un primo piano in ogni numero costituisce un focus multidisciplinare su una tematica di attualità. Rubriche di casi clinici e sulle iniziative di gruppi di studio e sezioni regionali completano il panorama di un magazine molto ricco anche dal punto di vista grafico ed iconografico. Vi trovano spazio anche i reportage dei congressi nazionali e gli editoriali del Presidente della SIP ■

Anno 2000, si realizza il progetto formativo della SIP

Promuovere la nascita e lo sviluppo di una rivista di formazione continua in pediatria, come strumento per rispondere efficacemente alla domanda di salute, sempre in continua crescita ■ **Alberto G Ugazio** | Coordinatore del network per la ricerca, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, IRCCS, Roma

NEL 1998 SERGEY BRIN E Larry Page fondavano Google, nessuno di noi allora ebbe consapevolezza del mutamento che avrebbe prodotto nelle nostre esistenze. Lo stesso anno assunsi la direzione della *Rivista Italiana di Pediatria/Italian Journal of Pediatrics*. Proprio in quella stagione la comunicazione della scienza, l'alfabetizzazione sanitaria, il ruolo del medico nella vita quotidiana cominciarono a mutare a velocità incredibili. Anche la Società Italiana di Pediatria non era immune al cambiamento e infatti discuteva, da tempo, sul proprio ruolo nella formazione continua dei pediatri italiani. Allora era Presidente della SIP Liborio ("Orietto") Giuffrè, grande Presidente e straordinaria figura di pediatra colto e politicamente impegnato. Suo vicepresidente era Franco Tancredi, altrettanto colto e altrettanto impegnato nel sociale. Nel 2000 sarebbe diventato un altro dei grandi Presidenti della SIP. Tra il 1998 e il 2000, ricordo innumerevoli incontri

con Orietto e Franco a Palermo, a Napoli, a Roma, dove Orietto veniva spesso. Ricordo discussioni, progetti, ipotesi di lavoro e un primo tentativo. L'idea era dedicare una parte della *Rivista Italiana di Pediatria* ad aggiornamenti, messe a punto e revisioni di temi pediatrici generali. Com'è ovvio, i lavori scientifici pubblicati dalla rivista, spesso super specialistici o su argomenti di nicchia, non in-

teressavano la maggioranza dei pediatri. Il tentativo ebbe successo. Ma era sempre più evidente la necessità di mettere in campo uno strumento interamente dedicato alla formazione continua in pediatria.

E proprio in quel momento, quando *Area pediatrica* era ormai in bozze di stampa – eravamo tra la fine del 1999 e i primi mesi del 2000 – Orietto cominciò a sollevare obiezioni, a →



→ trovare difficoltà, a frenare. Solo più tardi mi resi conto che stava dando prova della sua proverbiale saggezza. Tutti ormai sapevano che *Area pediatrica* stava per nascere e Orietto voleva rendersi conto di cosa ne pensassero i pediatri italiani. Ci insegnò così che anche l'iniziativa più brillante è destinata a naufragare se non suscita l'interesse e il consenso della maggioranza. Quando si capì che il consenso non mancava, con esso le aspettative positive dei pediatri italiani, nell'aprile del 2000 venne dato alle stampe il primo numero di *Area pediatrica*. Il "dossier" – l'articolo principale del numero – era dedicato all'asma bronchiale e firmato da Attilio Boner e Dino Gaburro. Credo a tutt'oggi che non si sarebbe potuto iniziare meglio.

Nell'editoriale di apertura, Orietto Giuffrè scriveva: "... si è ravvisata l'opportunità da parte della SIP di

promuovere la nascita e lo sviluppo di una rivista di formazione continua in pediatria, specificamente finalizzata a delineare un profilo di pediatria culturalmente e scientificamente aggiornato e dotato degli strumenti idonei per rispondere efficacemente alla domanda di salute, sempre in continua crescita".

Appena eletto Presidente SIP, nell'ottobre del 2000, Franco Tancredi scriveva: "...la formazione permanente del pediatra è impegno prioritario della SIP. La formazione permanente troppo spesso è solo un'enfatica etichetta su una scatola vuota. Noi quella scatola vogliamo riempirla e renderla strumento operativo di cultura e aggiornamento pediatrico. Abbiamo già cominciato a farlo, e *Area pediatrica* è il primo risultato concreto. È però solo il punto di partenza; dovremo infatti dotarci

di ulteriori strumenti di aggiornamento e formazione sfruttando, ad esempio, le potenzialità che oggi offrono i mezzi multimediali e la rete Internet". Proposito lungimirante che Franco Tancredi avrebbe cominciato a realizzare nel successivo triennio. Erano passati solo due anni dalla fondazione di Google, all'epoca non più sconosciuto ai pediatri italiani.

Ho avuto l'onore e il privilegio di dirigere *Area pediatrica* dalla sua nascita fino al 2004 e ho festeggiato i suoi primi 10 anni come Presidente della SIP. So bene che se oggi è una realtà importante nel panorama della formazione continua in pediatria, il merito è dei direttori e dei comitati editoriali, tutti eccellenti, dal 2004 in poi. Luciana Indinnimeo li rappresenta al meglio: *Area pediatrica* non avrebbe potuto festeggiare in modo più brillante i suoi primi vent'anni ■

Una pediatria per il futuro

Nel confronto e nell'impegno per una pediatria moderna, *Area pediatrica* ha il potenziale di essere un laboratorio per l'innovazione nell'ambito pediatrico italiano proprio in questo momento storico ■ **Alberto E Tozzi** | Responsabile Area di ricerca Malattie multifattoriali e Malattie complesse, Ospedale Bambino Gesù, IRCCS, Roma

VIVIAMO TEMPI DI RIFLESSIONE SOSPESI TRA LA gloriosa storia della pediatria, le grandi imprese e i progressi acquisiti nel tempo, e un futuro tutto da scoprire. Chi fa il pediatra tifa per i bambini e, da quando per la prima volta ne ha visitato uno, sogna di scoprire qualunque strumento utile a migliorarne la salute. Negli ultimi decenni abbiamo assistito a un costante e progressivo miglioramento delle cure per merito di nuove scoperte nel campo della diagnostica e della terapia, e per la creazione di una infrastruttura che faticosamente, ma inesorabilmente, persegue la continuità delle cure. Ma noi siamo incontentabili. Cerchiamo soluzioni alla lista infinita di problemi grandi e piccoli che costellano il percorso del paziente, verso il massimo benessere possibile. E quindi, oltre che essere orgogliosi degli obiettivi raggiunti, dobbiamo guardare avanti. Ci sono cose che si possono

già rendere concrete, e alcuni cambiamenti possibili che richiedono coraggio. Per affrontarli c'è bisogno di stare con i piedi per terra e di fare tesoro dei successi del passato. Sono convinto che *Area pediatrica* in questo possa avere un ruolo. Quando immaginammo il formato che la rivista ha ancora oggi, non avevamo in mente solo aggiornamento, ma anche uno strumento cartaceo e digitale per favorire l'interazione all'interno della comunità dei pediatri. Oggi credo che sia venuto il tempo di aggiungere ai contributi clinici uno spazio che consenta la contaminazione da altre discipline come le scienze sociali, la scienza dei dati, l'architettura ed altre. *Area pediatrica* ha il potenziale di essere un laboratorio per l'innovazione nella pediatria italiana proprio in questo momento storico.



In principio era l'EBM

UNA DELLE GRANDI CONQUISTE DELLA MEDICINA, pediatria inclusa, è avere imparato a basare le decisioni cliniche sui dati. La rivoluzione dell'evidence based medicine (EBM) ha impiegato tempo per imporsi stabilmente ma, finalmente, non ne possiamo più fare a meno. L'EBM dovrebbe garantire ai pazienti il diritto di godere delle migliori cure possibili e, applicata in un sistema universale come quello italiano, diventa strumento di equità.¹ Purtroppo, la scienza che ha promosso l'EBM, l'epidemiologia, è diventata meno popolare negli anni più recenti, e le evidenze sono spesso percepite come una specie di certificazione affidata ad altri esperti. Vale la pena ricordare che l'epidemiologia è una scienza medica ed è un grave errore pensare che il pediatra possa fare a meno dell'abilità di interpretare criticamente gli studi scientifici che guidano le sue decisioni. Non posso dimenticare che i Padri della pediatria italiana hanno contribuito personalmente e criticamente a fare in modo che l'epidemiologia in pediatria diventasse centrale nella cultura e nelle scelte strategiche della nostra specialità. Le cose poi si sono complicate, perché la quantità di pubblicazioni scientifiche è aumentata in modo esponenziale rendendo impossibile tenere il passo attraverso la lettura sistematica. *Area pediatrica*, in questo senso, assume un ruolo fondamentale per ospitare pubblicazioni secondarie molto importanti per l'aggiornamento e la formazione, selezionate e adattate al contesto italiano. Con l'introduzione degli strumenti digitali per la medicina, poi, sta emergendo un termine, *real world evidence*, che strizza l'occhio alla metodologia epidemiologica, forse per supplire alla mancanza di un metodo standardizzato paragonabile a quelli epidemiologici tradizionali per la valutazione degli interventi sanitari. La *real world evidence* è l'evidenza basata sui *real world data*, cioè quei dati ottenuti da fonti routinarie digitali (dalla cartella clinica al telefonino) nella vita di tutti i giorni. Si tratta quindi di studi osservazionali eseguiti però con dati molto più densi del solito perché raccolti continuamente. Questa è una sfida aperta che suggerisce al clinico e al pediatra che è tempo di ritornare a pensare, magari con l'aiuto di esperti di altre discipline, a come valutare gli interventi sanitari che oggi sono disponibili, incluse le nuove tecnologie. È tempo di riappropriarsi delle abilità metodologiche necessarie a interpretare criticamente e a guidare studi clinici per gli interventi in pediatria, in modo che il pediatra ne guidi l'evoluzione futura.



L'eterna confusione tra ricerca e innovazione

C'È TUTTORA UNA GRANDE CONFUSIONE TRA I CONCETTI di ricerca scientifica e innovazione. Nella ricerca scientifica si utilizzano risorse ad essa dedicate con l'obiettivo di dare un contributo alla conoscenza. Le sperimentazioni ed altri studi clinici sono accuratamente programmati e pianificati attraverso dettagliati protocolli in modo da ridurre al minimo il rischio di insuccesso. Infine, nella ricerca scientifica si parte da un'ipotesi e lo studio che viene eseguito scorrerà sui binari del suo protocollo per confutarla o confermarla. Anche se l'innovazione è strettamente legata alla ricerca scientifica, ne rimane distinta per processi, metodi e obiettivi. In particolare nell'innovazione l'intento è introdurre un nuovo valore e portarlo nella pratica clinica e, se possibile, sul mercato, affinché tutti ne possano beneficiare.² L'innovazione non passa per sperimentazioni lineari ma piuttosto per cicli continui che permettono di realizzare prototipi di prodotti o interventi che, nella forma finale, soddisfino le necessità degli utilizzatori finali. È un processo forse più congeniale alle scienze ingegneristiche, dove il rischio di fallire è molto più alto che nella ricerca. Per contro, in caso di successo, il guadagno in termini di processo è altissimo. Mentre abbiamo confidenza con la metodologia della ricerca scientifica, lasciamo ancora che dell'innovazione se ne occupino altre discipline. Il motivo per cui il pediatra dovrebbe dedicarsi maggiormente alla metodologia dell'innovazione non è solo il potenziale di guidare cambiamenti radicali con un guadagno in termini →

→ di salute altrettanto notevole: i processi per l'innovazione sono rapidi e i loro prodotti, quindi, possono essere applicabili in tempi assai brevi alla routine clinica. È evidente che il processo della ricerca e quello dell'innovazione (e dell'implementazione) sono complementari e ci sia bisogno di un nuovo impulso per stabilire un ruolo centrale del pediatra in entrambe le discipline.



Pediatria super specialistica o interdisciplinarietà?

QUELLO CHE STA ACCADENDO NELLA MAGGIOR PARTE dei sistemi evoluti per la salute è l'aumento della consapevolezza che l'approccio super specialistico non è più sufficiente a soddisfare la sete di progresso della medicina e, anzi, impone numerosi limiti. Molta della formazione del pediatra segue ancora questa direzione che pur garantisce risultati eccellenti, nel comfort della bolla specialistica nella quale sentiamo l'eco delle nostre voci e ci sentiamo sicuri. Continuiamo a perseguire il miglioramento della qualità delle cure che pure ha contribuito a progressi enormi, ma che, applicato in maniera incrementale, non è più sufficiente a risolvere i grandi problemi della popolazione su larga scala. Esiste tuttavia un margine per lo sviluppo di nuove soluzioni ad alto impatto per la pediatria che è strettamente legato alla collaborazione tra profili diversi. Il pediatra può lavorare con l'ingegnere, con il data scientist, con l'architetto ed altri, per attingere ad un armamentario di strumenti vastissimo. Oltre che essere una strategia spesso perseguita nell'industria, la interdisciplinarietà ha un valore culturale. Anche per la interdisciplinarietà esistono strumenti e metodi specifici dei quali il pediatra ha bisogno di appropriarsi. È pediatria questa? Certamente sì, se il pediatra saprà

guidare le scelte che riguardano questi processi e questi metodi per il bene del bambino, invece che lasciarle agli esperti di altre discipline.



Il cambiamento

LIL SISTEMA SANITARIO INGLESE HA MOLTO A CUORE la prospettiva del futuro per immaginare scenari migliori e nel 2019 ha pubblicato un documento redatto e discusso con uno dei più popolari visionari della medicina, l'americano Eric Topol.³ Questo documento tratta dei cambiamenti possibili alla luce del progresso digitale ma ribadisce tre principi che ancora oggi rimangono talvolta trascurati: i pazienti devono essere considerati partner nel cambiamento con attenzione particolare alle popolazioni vulnerabili; i professionisti della salute devono imparare a valutare le nuove tecnologie sulla base delle evidenze; le tecnologie devono essere interpretate come strumenti per aumentare il tempo a disposizione nella relazione personale tra medico e paziente. Questa visione, quasi umanistica, è perfettamente in linea con i valori profondi dei sistemi sanitari a copertura universale, come quello italiano. Il tema che riguarda il cambiamento, quindi, non si fonda esclusivamente sugli aspetti di una nuova formazione dei pediatri che dovranno adattarsi a strumenti prima inesistenti, ma anche sulla necessità di aprire a competenze diverse per disegnare percorsi nuovi, per inventare una pediatria ancora migliore. Cambiare è una delle ragioni di sofferenza del genere umano, ed è per questo che i grandi cambiamenti sono spesso associati ad emergenze o altri eventi traumatici. Esiste lo spazio, tuttavia, per abbattere le barriere dell'individualismo scientifico e mettere in comune enormi risorse ancora inutilizzate. Il cambiamento è tipicamente uno sport di comunità e, sebbene venga spesso innescato da



pochi leader che anticipano i tempi, non si può realizzare senza partecipazione. Si cambia ovviamente quello che non funziona e possibilmente a tutti i livelli possibili, da quello di propria competenza, tra le mura del proprio ambulatorio, fino alle politiche su scala nazionale. Per cambiare su larga scala ovviamente bisogna essere in tanti e garantire il rispetto di principi etici e sociali secondo i canoni della *Responsible Research and Innovation*.⁴



Il ruolo dei pazienti, quelli pediatrici

DELLA CENTRALITÀ DEL PAZIENTE SI DISCUTE SPESSO, mettendo in evidenza una prospettiva che talvolta dovrebbe sconvolgere i percorsi di cura così come siamo abituati a considerarli. Questa osservazione, tuttavia, stimola un altro pensiero meno convenzionale. È possibile considerare i pazienti pediatrici non solo come alleati, ma anche come collaboratori? I bambini ci insegnano continuamente moltissimo ma non abbiamo ancora adottato un approccio sistematico alla collaborazione con loro. In altri settori scientifici, i bambini sono protagonisti di veri e propri progetti di ricerca pianificati con metodi standard: si tratta della *citizen science*. Il passo da progetti educativi a veri e propri progetti dedicati all'innovazione è breve. Proprio la pediatria ha l'opportunità di sviluppare soluzioni per le cure finora mai considerate *con* i pazienti, invece che solo *dalla parte* dei pazienti. Alcune realtà sanitarie già prevedono un ruolo attivo dei pazienti pediatrici nelle decisioni che riguardano i processi di cura e le strategie. Esiste perfino un network di gruppi di pazienti pediatrici che si dedicano all'innovazione e che offre brillanti soluzioni ad alcuni problemi dei pazienti.⁵ Si tratta solo di unirli a loro o almeno copiarli da loro.



Una pediatria moderna

ALL'INIZIO DEL SECOLO SCORSO LE PIÙ IMPORTANTI cause di malattia e di morte erano rappresentate dalle malattie infettive e da quelle della nutrizione. La pediatria era concentrata su questi temi e su quelli gastroenterologici. A quel tempo erano a disposizione solo strumenti primitivi per il trattamento antibiotico e per la prevenzione attraverso i vaccini. Da allora, abbiamo sviluppato vaccini per malattie gravi e fatali che hanno cambiato radicalmente la salute delle popolazioni. Abbiamo imparato a prevenire la SIDS. Abbiamo trovato efficaci strategie terapeutiche per le leucemie linfatiche acute e abbiamo ottime speranze di

Tabella 1. Tra le innovazioni, gli strumenti digitali rappresentano un esempio interessante per la rapidità con la quale possono essere sviluppati e implementati a fronte dell'analisi di problemi specifici. Di seguito alcuni esempi che hanno validità per la pediatria.

Strumento	Funzioni	Aree di impatto
Comunicazione digitale	Trasmissione e diffusione di informazioni basate sull'evidenza	Promozione e prevenzione; supporto all'appropriatezza delle prestazioni sanitarie
Cure da remoto	Monitoraggio di segni clinici, televisita, messaggia, teleriabilitazione, telecoaching	Nuovi percorsi del paziente con integrazione di prestazioni in persona e da remoto
Predizione della prognosi e degli eventi gravi	Usi di algoritmi di intelligenza artificiale sulla base dei dati clinici e dei dati di terapia intensiva	Miglioramento degli outcome delle cure
Analisi delle immagini diagnostiche	Applicazione di algoritmi di intelligenza artificiale per la classificazione fine degli stadi di malattia; supporto alla diagnosi clinica	Personalizzazione delle cure; miglioramento dell'efficienza dei processi clinici
Terapie digitali	Uso di applicazioni software per modificare gli outcome di malattia	Personalizzazione delle terapie e miglioramento degli outcome
Simulazione e virtualizzazione di modelli di cura	Uso di sistemi di intelligenza artificiale per simulare processi di cura	Miglioramento dell'efficienza dei processi
Sistemi di decisione clinica assistita	Applicazioni basate sulle evidenze e integrate nella cartella clinica elettronica	Migliore aderenza agli standard basati sulle evidenze

rendere più efficaci le terapie di altri tumori pediatrici. I pazienti cronici vivono meglio e più a lungo.⁶ Scopriamo continuamente cause e meccanismi delle malattie genetiche e sviluppiamo possibili terapie per curarle. Più recentemente abbiamo guadagnato terreno sul versante delle tecniche per la rianimazione, nel campo della medicina rigenerativa e nella chirurgia. Siamo concentrati sulle *medical complexities*,⁷ le situazioni che richiedono più risorse da parte dei sistemi sanitari. E infine, da pediatri, lavoriamo sempre per la prevenzione.

Mentre la discussione su questi temi imperversa, arriva la pandemia di COVID-19 che scopre tutte le nostre debolezze nelle strategie per promuovere la salute del bambino e accelera inesorabilmente alcune decisioni che sembravano incerte. Nonostante gli enormi progressi, utilizziamo metodi di contenimento per l'infezione, come la quarantena, che abbiamo ereditato dai tempi biblici, ai quali, per ora, poco possiamo aggiungere. D'altro canto abbiamo sviluppato vaccini contro COVID-19 a tempi di record e l'emergenza ha stimolato l'attenzione sugli strumenti digitali per la medicina. Non che questi ultimi possano sostituire le strategie diagnostico terapeutiche propriamente dette, ma una caratteristica fondamentale ne fa un armamentario prezioso: gli strumenti digitali si possono sviluppare e implementare →

Bibliografia

1. Timmermans S, Mauck A. The promises and pitfalls of evidence-based medicine. *Health Aff (Millwood)*. 2005;24:18-28.
2. Tozzi AE. *Impazienti*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2019.
3. **The National Health System**. The Topol Review: Preparing the Healthcare Workforce to Deliver the Digital Future. The NHS Constitution 2019.
4. Owen R, Macnaghten P, Stilgoe J. Responsible research and innovation: From science in society, to science for society, with society. *Science and Public Policy*. 2012;39:751-60.
5. ICAN. International Children's Advisory Network. URL: <https://www.icanresearch.org/>
6. Cheng TL, Monteiro N, DiMeglio LA, et al. Seven great achievements in pediatric research in the past 40 y. *Pediatr Res* 2016;80:330-7.
7. Cass H, Barclay S, Gerada C, Lumsden DE, Sritharan K. Complexity and challenge in paediatrics: a roadmap for supporting clinical staff and families. *Arch Dis Child* 2020;105:109-14.
8. Roy A. The pandemic is a portal. *Financial Times*, 3 Aprile 2020 URL: <https://www.ft.com/content/10d8f5e8-74eb-11ea-95fe-fcd274e920ca>

→ molto rapidamente. Prendiamo la telemedicina. Ancora una volta rischiamo di perdere un'occasione d'oro e di interpretare un'opportunità in modo riduttivo. Invece di ragionare sull'equivalenza tra visita in persona e televisita, possiamo reinventare i percorsi dei pazienti rendendoli ibridi. E questo è mestiere del pediatra. L'innovazione non è introdurre una nuova tecnologia, ma rinnovare il processo di cura per renderlo più conveniente per il paziente e usare la tecnologia o qualunque altro strumento al suo servizio. Questa e tante altre sono le occasioni che ci offre la pandemia, ben descritta nelle parole di Arundhati Roy, scrittrice indiana:⁸ *"...la pandemia è come un portale tra due mondi. Possiamo scegliere di attraversarlo trascinandoci appresso le carcasse dei nostri pregiudizi, l'odio, l'avarizia, la nostra storia e le idee ormai morte, i nostri fiumi inariditi e i cieli fumosi del passato. Oppure possiamo decidere di camminare attraverso di esso leggeri, con un piccolo bagaglio, pronti ad immaginare un mondo nuovo. E pronti a combattere per esso"* ■

Formazione e percorso professionale del pediatra delle cure primarie

Il pediatra di famiglia, tra formazione pre-lavoro e sviluppo professionale continuo.

E *Area pediatrica* come strumento di informazione e formazione per il pediatra ■ Paolo Becherucci |

Pediatra di Famiglia, Firenze, Presidente SICuPP

IN QUESTO CONTRIBUTO RIPERCORREMO alcune tappe fondamentali della nascita e della evoluzione della pediatria di famiglia in Italia, attraverso un rapido racconto della mia esperienza lavorativa, ed esamineremo quale influenza e quale ruolo abbia avuto la formazione nello sviluppo della pediatria territoriale.

Il percorso formativo di un pediatra oggi si articola fondamentalmente in due settori: la formazione pre-lavoro (corso di laurea ed eventuali specializzazioni) e quella durante l'attività lavorativa, che meglio dovrebbe chiamarsi "sviluppo professionale continuo".



La mia storia professionale

DOPO TRE ANNI DI SPECIALIZZAZIONE caratterizzati dalla frequenza in un unico reparto (e ambulatori correlati) ho iniziato a lavorare come pediatra di famiglia (PdF) nel gennaio 1984, nella cittadina dove esercito tutt'oggi. All'inizio ho aperto ben tre studi, lavoravo fornito solamente della mia borsa con i comuni attrezzi per le visite ed uno schedario cartaceo. La mia giornata lavorativa si componeva di poche ore di studio e diverse ore a giro per visite a domicilio.

Con gli anni ho iniziato a implementare sia la componente informatica che l'attrezzatura dell'ambulatorio, ho modificato l'organizzazione

dello studio e pertanto ho progressivamente chiuso gli ambulatori più periferici.

Nel frattempo, stava cambiando l'impostazione della mia professione: iniziavano a essere sempre più presenti problematiche diverse dall'acuto infettivo (metaboliche, neurologiche, neuropsichiatriche, ecc.). Aumentavano, soprattutto in virtù di un cambiamento contrattuale che vedremo più avanti, i compiti nell'ambito della prevenzione, educazione sanitaria, counseling ed empowerment delle famiglie.

Questa storia professionale, al di là degli aspetti organizzativi più o meno spinti, è comune a moltissimi PdF: abbiamo iniziato a lavorare con

normative e bisogni della popolazione nettamente differenti rispetto ad oggi: attualmente io faccio un “mezzogiorno” rispetto a trent'anni fa (Figura 1). Come ho acquisito le competenze per farlo? Quanto mi è servito il percorso della specializzazione? Quanto e come ha inciso la formazione post universitaria?



L'evoluzione della normativa che definisce i compiti della pediatria di famiglia

L PRIMO ACCORDO COLLETTIVO Nazionale (ACN) risale all'inizio degli anni 80, ma il vero punto di svolta è stato il Decreto 613/96 che riconobbe per la prima volta in modo esplicito l'importanza della prevenzione, “strutturandone la funzione” attraverso lo svolgimento di un programma di visite filtro, definite Bilanci di Salute, “per il controllo dello sviluppo fisico, psichico e sensoriale, e ricerca di fattori di rischio con particolare riguardo alla individuazione precoce dei soggetti affetti da handicap neuro sensoriali e psichici, più l'esecuzione di eventuali screening e interventi di educazione sanitaria”. Il PdF passava quindi da una “medicina di attesa” ad una “medicina d'iniziativa”, volta alla prevenzione e all'intercettazione precoce delle problematiche.

L'ACN del 2000 ha riconfermato ed ampliato i Bilanci di Salute, inserendoli organicamente nel “Progetto Salute-Infanzia”. Nella tabella 1 è riportato ad esempio il Bilancio dei tre mesi: piano base e livelli di implemento che possono essere o meno attivati dalle varie regioni nell'ambito della contrattazione regionale.¹



Il contributo della scuola di specializzazione nel percorso formativo professionale

OLTRE 30 ANNI FA MI SONO specializzato in 3 anni, facendo pochissime esperienze professionali al di fuori della clinica che frequentavo, esperienze legate soprattutto all'attività di guardia medica o di sostituzione di colleghi. Quando ho iniziato a lavorare sul territorio mi sono trovato piuttosto impreparato ad un lavoro già allora diverso rispetto a quello ospedaliero; ho imparato facendo, ho commesso sicuramente errori, ho speso tantissime energie per acquisire quelle competenze che la specializzazione non mi aveva fornito.

Negli anni passati erano poco insegnate le sub-specialità pediatriche (ortopedia, dermatologia, oculistica, ecc.) anche perché si stavano solo allora progressivamente affacciando



Figura 1. Ambiti di competenza e ruoli del pediatra oggi.

sulla scena professionisti che si dedicavano esclusivamente alla parte pediatrica di queste discipline.

Nell'ambito della formazione specialistica il punto di svolta dovrebbe essere rappresentato dal Decreto di riordino delle scuole di specializzazione del 2015,² tutt'ora vigente e implementato da successivi atti per l'organizzazione della rete formativa. Con esso si istituiva la suddivisione della specializzazione in pediatria in tre anni di tronco comune ed un biennio ad indirizzo specifico: pediatria delle cure primarie (la pediatria del territorio), pediatria delle cure secondarie (la pediatria ospedaliera) e pediatria delle cure specialistiche. Acquista quindi per la prima volta dignità l'insegnamento delle specifiche competenze necessarie per operare sul territorio; viene meglio esplicitato il concetto di attività “professionaliz- ➔

Tabella 1. Esempio del Bilancio di Salute dei tre mesi.

PIANO BASE		PRIMO LIVELLO DI IMPLEMENTO		SECONDO LIVELLO DI IMPLEMENTO	
Bilanci di salute		Obiettivi			
Età	Intervento	Modulo di educazione sanitaria	Modulo di profilassi malattie infettive	Azione integrativa	Azione integrativa
60/90 gg	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica. Valutazione psicomotoria e sensoriale.	Prevenzione incidenti da trasporto in auto. Prevenzione SIDS. Prevenzione complicanze da fumo passivo. Sostegno all'allattamento al seno.	Promuovere i livelli di copertura per le vaccinazioni perviste dai calendari vaccinali.	Linee guida: trasporto sicuro in auto, prevenzione SIDS, fumo passivo, aspetti nutrizionali. Consenso informato sulle vaccinazioni. Informazioni reazioni avverse ai vaccini.	Riflesso rosso. Riflessi pupillari. Questionario di rilevazione delle capacità uditive.

→ zanti”. Quest’ultimo concetto si collega strettamente con le competenze (*la competenza è un sapere, in azione, che raggiunge un risultato*). Se per operare è necessario essere “competenti” in quel particolare settore, atto, manovra ... *non può essere sufficiente il solo conoscere i presupposti teorici per quell’attività ma è necessario anche saperli mettere in atto* e magari saperli contestualizzare nella situazione che dobbiamo affrontare.

Diviene così più chiara la classica triade della formazione (sapere, saper fare e saper essere)³ alla quale oggi aggiungerei il “saper far fare” e magari anche il saper insegnare.

Tabella 2. Caratteristiche per l’abilitazione alla funzione di tutor in pediatria di famiglia.

Sono criteri **indispensabili** relativi al **professionista**:

- anzianità di specializzazione > 10 anni
- anzianità in convenzione pediatria > 5 anni
- numero degli assistiti > 600
- rapporto esclusivo nella convenzione di pediatria di famiglia
- lavorare in una forma associativa.

Sono criteri **indispensabili** relativamente alla **struttura**:

- che le visite avvengano di norma su appuntamento
- essere in regola con la normativa vigente, anche relativamente alla sicurezza.

Sono criteri **qualificanti** relativi al **professionista**:

- aver seguito un corso specifico sul tutoraggio
- precedente attività come professore a contratto presso una scuola di specializzazione o precedente attività come tutor presso una scuola di specializzazione
- altre specializzazioni, dottorati di ricerca, master e corsi di perfezionamento universitari
- lavorare in gruppo o in rete
- essere iscritto all’albo degli animatori di formazione regionale o aziendale.

Sono criteri **qualificanti** relativi alla **struttura**:

- l’esecuzione delle vaccinazioni
- la presenza di un servizio di segreteria e/o infermieristico
- lavorare in una sola sede (non in più studi dislocati in sedi diverse)
- un ambiente per le visite di dimensioni adeguate alla contemporanea presenza di due medici.
- la presenza di più stanze da visita e/o di una stanza per l’infermiera
- eseguire prestazioni di self help (test rapido SBEGA, esame urine, dosaggio PCR, emocromo, glicemia; esecuzione di impedenzometria, spirometria, pulsiossimetria, prick test).

Per fare un lavoro servono quindi delle competenze specifiche che si acquisiscono solo con delle peculiari attività professionalizzanti. Da questo se ne deduce che tali attività devono essere imparate laddove veramente vengono quotidianamente svolte, ovvero nel setting professionale specifico.

La Società Italiana delle Cure Primarie Pediatriche (SICuPP) ha presentato diverse proposte per un’applicazione più estensiva della riforma della Scuola di Specializzazione ed in particolare per una applicazione dei decreti che definivano le caratteristiche della rete formativa; in essa sono previste le strutture territoriali intendendo, a mio parere, non solamente gli studi dei PdF, ma anche consultori, uffici vaccinali, neuropsichiatrie, ecc. SICuPP ha anche proposto dei criteri per la qualificazione dei PdF tutor per gli specializzandi, che sono esposti in tabella 2. La didattica tutoriale ha precise caratteristiche diverse dalla didattica frontale in grande gruppo ed è necessario acquisire capacità e metodologie specifiche per porla in atto. Fare tutoraggio non si può esaurire nel tenere a fianco mentre si lavora uno studente, né tantomeno nel lasciarlo solo a svolgere dei compiti; ci deve essere un preciso processo didattico che porti il tutorando progressivamente ad acquisire una completa autonomia nel *problem solving* e nell’operatività. Mi piace riportare una frase scritta da Renzo Gallini, indimenticabile mentore per moltissimi medici di medicina generale e pediatri che si avvicinavano alla formazione professionale: “... il tutor che venga indicato come trainer (dal latino *trahere*) sembra portare un contenuto di specificazione perché prevale nella figura del docente la funzione di addestramento-

allenamento e di guida-conduzione che sono fondamentali e peculiari del metodo tutoriale”.⁴ Quindi fare il tutor è più difficile che tenere una lezione in aula: questo vale in qualsiasi setting, territorio, ospedale o clinica universitaria.

Oggi viene messa in dubbio la struttura della specializzazione in triennio propedeutico e bienni di indirizzo; comunque si deciderà di fare, dovremo formare un pediatra “a tutto tondo”, capace di inserirsi in qualsiasi ambito lavorativo. Alcune esperienze sono quindi inderogabili; in particolare mi riferisco a neonatologia e sala parto, pronto soccorso, territorio e rete ospedaliera generalista. Dovrà poter frequentare tutti gli ambiti del possibile futuro lavoro, in modo che lo specializzando abbia modo di decidere con cognizione di causa quale sarà il lavoro che spesso lo accompagnerà per tutta la vita.



Il Sapere pediatrico è uguale in ogni ambito lavorativo?

VENTI, TRENTA ANNI FA VI ERA una cultura essenzialmente “ospedalocentrica” della pediatria e tale veniva insegnata nella specializzazione. Coloro che hanno deciso di diventare PdF negli anni ’80-’90 si sono trovati quindi in difficoltà nello svolgere la loro professione che spesso richiedeva un approccio diverso, non solamente dal punto di vista relazionale ma anche tecnico. Grazie ad una intensa attività formativa, sostenuta anche da norme contrattuali precise, svolta a livello locale o regionale, è progressivamente cresciuta una “cultura pediatrica delle cure primarie”. In quegli anni vi era grande passione e grande fervore, perché si aveva l’impressione di de-



finire un mestiere nuovo, di scrivere una pagina importante nel destino della nostra categoria. Ci siamo confrontati fra di noi, con i clinici, con gli specialisti d'organo alimentando una massa di nozioni, di pratiche, di processi decisionali differenti, se non alternativi, alla "cultura ospedaliera".

D'altra parte, la "cultura universitaria" andava vieppiù superspecializzandosi vedendo scomparire la figura del clinico generalista, così importante sia in ambito formativo che operativo.

La pediatria di famiglia a volte può aver peccato di presunzione nel credere di poter fare tutto da sola, ma ha avuto il merito di far crescere nel suo interno molte competenze, spesso derivanti nel singolo da pregressi percorsi universitari o da passioni individuali specifiche.

Si è poi passati dalla cultura "orale" a quella scritta, producendo manuali e testi; l'ultimo scalino è stato sistematizzare gli aspetti organizzativi del lavoro: ne siano d'esempio il *Manuale di qualità per la pediatria di famiglia*⁵ e il libro *Lo studio pediatrico*

che ha l'ambizione di essere una specie di vademecum dell'organizzazione del lavoro sul territorio.⁶

L'avvento dell'ECM non ha purtroppo aiutato; salutata da tutti come la svolta epocale nella formazione del sanitario, ha fallito miseramente il proprio scopo, riducendosi ad un "creditificio" al fine di ottemperare gli irraggiungibili standard di credito. Non è mai stata selettiva, ancor più nel settore pubblico: avete mai sentito dire che un dipendente, che si è allontanato dal lavoro per frequentare un corso di formazione, sia stato bocciato, con il rischio di fargli ripetere il corso! Inoltre l'ECM non è mai divenuta, sospetto per una precisa scelta politica, il prerequisito per l'accreditamento professionale, come avviene in altri paesi del mondo.



Di quale formazione avremmo bisogno oggi?

SAPPIAMO TUTTI CHIARAMENTE quanto sia necessario un aggiornamento delle conoscenze in ambi-

to sanitario: il ritmo di obsolescenza delle nozioni è divenuto, direi fortunatamente grazie alla ricerca, sempre più serrato. Un continuo afflusso di notizie e aggiornamenti è importantissimo, soprattutto negli ambiti specialistici. Quindi abbiamo necessità di *informazioni*: corrette, aggiornate, validate, consolidate. Numerose sono le modalità attraverso le quali possiamo veicolare tali attività di informazione: riviste, libri, siti dedicati, le newsletter ad esempio. *Area pediatrica* ha svolto negli anni egregiamente tale compito, proponendo spesso una sintesi delle evidenze e delle informazioni su un certo argomento. Ha un ruolo in questo l'attività congressuale? Certamente lo ha per la componente super specialistica: nei convegni degli specialisti si presentano i propri studi, la letteratura più avanzata, ci si scambia informazioni e progettualità. Vedo minore efficacia nell'ambito di una conoscenza più generalista, senza nulla togliere alla importante componente di relazione personale, allo "stare insieme" che gli eventi congressuali dal vivo hanno. →

→ Altro veicolo utile per l'informazione del medico è la Formazione a Distanza (FAD). Oggi spinta agli estremi causa la pandemia, la FAD presenta numerosi vantaggi: può essere fruita quando l'operatore ritiene più opportuno, viene fatta (purtroppo) al di fuori dell'orario di lavoro, i contenuti rimangono fruibili anche per tempi anche lunghi, si possono mettere a disposizione approfondimenti che l'utente può scegliere o meno di visualizzare a seconda dei propri interessi. La maggior parte delle FAD oggi disponibili è molto monodirezionale (dal docente al discente), con scarsa possibilità di interazione. Ben diverse sarebbero le attività collaborative in web, nelle quali un gruppo di pari, guidato da un tutore, discute ed elabora un documento o un protocollo o una strategia di lavoro. Metodica questa con un alto rapporto costo/efficienza, quindi da riservare ad obiettivi complessi, prettamente progettuali o di revisione dell'operato professionale.

Nella strategia informativa hanno un ruolo le newsletter, a patto che rispettino alcuni canoni imposti dai ritmi della vita attuale. Il tempo di fruizione quotidiano di un professionista è di pochi minuti per volta: quindi la news, l'articolo, la notizia, deve riuscire in questo breve tempo a dare una informazione completa, univoca, applicabile. Anche la moda-



lità di proporre il contenuto è fondamentale: molto più efficace un breve video che una pagina scritta.

Cambia tutto se parliamo di formazione, o meglio di sviluppo professionale continuo. Qui l'obiettivo non è conoscere le novità, quanto implementare le proprie performance professionali. La formazione permanente si rivolge a professionisti già operanti, spesso da anni, e quindi con una forte componente esperienziale personale e consolidate pratiche. Diviene quindi fondamentale un assioma della cosiddetta andragogia: partire dall'esperienza personale; non "tu devi fare così" ma "tu come fai" e

"perché lo fai", facendo così "ti pare che funzioni, hai trovato delle difficoltà?".

Raggiungere l'obiettivo di far cambiare o migliorare le performance di un professionista esperto è molto più difficile che trasmettergli delle novità scientifiche. Sono per questo necessarie attività con numeri di partecipanti contenuti, un tutor/conducente che abbia non solamente competenze in quello specifico campo professionale, ma anche di metodologia didattica. Avere competenze nel campo professionale non vuol dire solamente conoscere le nozioni ma anche il setting professionale dove queste dovranno essere applicate.

Un valore aggiunto è l'interdisciplinarietà e, almeno per i percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali, l'interprofessionalità. Se discutiamo ad esempio di applicazione delle linee guida per curare una certa patologia, che quindi devono essere applicate sia in ospedale che sul territorio, fare formazione insieme aumenta l'efficacia e smussa le difficoltà. Diverso è se devo sviluppare

Bibliografia

1. Picca M, Pierattelli M, a cura di. I Bilanci di Salute. Milano: Tecniche Nuove, 2016; pp. 3-9.
2. Decreto Interministeriale 4 febbraio 2015 n. 68: Riordino scuole di specializzazione di area sanitaria.
3. Gallini R. Schola Medici. Firenze: Ed. La nuova Italia Scientifica, 1991.
4. Manuale del medico di medicina generale tutor. Ed. Documento editoriale, 1993.
5. Greco L (a cura di). Manuale di qualità per la pediatria di famiglia. Pisa: Pacini Editore, 2004.
6. Becherucci P. Lo studio pediatrico. Migliorare l'organizzazione per lavorare (e vivere) meglio. Milano: Tecniche Nuove, 2018.

competenze che utilizzo solo nel mio setting: avrò necessità di una formazione esclusivamente rivolta alla mia professione, in numeri più contenuti, condotta da un tutore esperto, che si ponga obiettivi specifici, ma limitati, e dia il tempo a tutti di raggiungere il risultato.

Io PdF, se vorrò migliorare e adeguare la mia performance professionale avrò bisogno di una *informazione* puntiforme, leggera nei tempi

e nei modi, frequente ma anche di qualcuno esperto che mi proponga una sintesi, ragionata e assodata, delle evidenze e non l'ultimo studio su... Avrò bisogno altresì di una *formazione continua* che sia per alcuni aspetti interdisciplinare, ma per la maggior parte dei casi specifica e condotta all'interno del mio gruppo professionale. Qui si devono fare delle scelte dolorose: conoscere per conoscere non ha senso; conoscere

serve a operare e quindi è necessaria una preventiva analisi dei bisogni formativi e su quelli concentrare le nostre sempre più scarse risorse (non solamente economiche).

Lo stregatto ad Alice che arrivata a un bivio sulla strada chiedeva "che strada devo prendere?" rispose con un'altra domanda: "dove vuoi andare?". La stessa domanda ce la dovremmo porre tutti noi che abbiamo l'ambizione di fare formazione ■

Un prezioso diario

Da venti anni una rivista che testimonia, numero dopo numero, quanto di rilevante è emerso ed emerge via via nella pediatria italiana ■ Alberto Villani | Presidente Società Italiana di Pediatria

DALLA SUA NASCITA A OGGI HO SEMPRE LETTO con grande piacere tutti i numeri di *Area pediatrica*, rivista di aggiornamento scientifico della Società Italiana di Pediatria, di cui sono stato direttore scientifico dal febbraio 2011 al gennaio 2013.

Ricordo il grande entusiasmo e la fattiva collaborazione di tutto il comitato di redazione, ricordo il grande entusiasmo e la fattiva collaborazione di tutti coloro che venivano invitati a dare il loro contributo, sempre di grande qualità.

Area pediatrica ha rappresentato e rappresenta una occasione di aggiornamento per tutti i pediatri, da quelli in formazione a quelli più esperti, essendo una splendida vetrina rappresentativa di tutta l'area pediatrica. La forza della rivista sta proprio nella capacità di offrire, sempre e al meglio, gli aggiornamenti più attuali e di ampio respiro, di tutta l'area culturale pediatrica, con una apertura anche a specificità pediatriche altamente specialistiche.

Un apprezzamento particolare lo meritano gli editoriali, di tutti coloro che si sono succeduti alla direzione di *Area pediatrica*, molti dei quali hanno stimolato il dibattito nel mondo della pediatria e, più estesamente, nel più ampio universo di coloro che hanno responsabilità nell'età evolutiva.

Colgo questa occasione per ringraziare in modo particolare il Prof. Giovanni Corsello per l'eccellente e gravoso lavoro di coordinatore delle attività editoriali della SIP e l'attuale direttore scientifico di *Area pediatrica*, la Prof.ssa Luciana Indinnimeo, che in questi ultimi anni ha significativamente contribuito al grande successo e alla straordi-

naria diffusione della rivista, sempre più letta, sempre più apprezzata, e non solo dai pediatri.

Volendo riassumere in poche parole questi venti anni di storia di *Area pediatrica* credo possa essere condivisa la definizione di "prezioso diario" della pediatria italiana del terzo millennio nel quale la rilettura dei numeri degli anni passati, e sin dall'inizio, evidenzia le tante occasioni in cui i temi trattati sono stati molto spesso realmente di tempestivo aggiornamento, di formazione concreta e qualificata, di coinvolgimento dei lettori. Un prezioso diario nel quale, giorno per giorno, viene annotato ciò che è rilevante, ciò che serve oggi, ma anche ciò che resterà importante memoria.

Quando, eletto Vicepresidente SIP per il quadriennio gennaio 2013-dicembre 2016, mi dimisi da direttore scientifico, nel rispetto del regolamento SIP, ammetto di averlo fatto per rispetto delle regole e senso istituzionale: devo però confessare che l'ho fatto con sincero dispiacere, avendo vissuto una esperienza umana e professionale molto arricchente e di cui ancor oggi serbo un bellissimo ricordo.

Un ultimo grazie, da attuale Presidente SIP, va a tutti i miei predecessori, a tutti i Presidenti SIP che negli anni hanno sempre saputo dare il giusto rilievo all'Editoria SIP che ha saputo raggiungere e mantenere nel tempo una eccellente qualità scientifica, formativa, culturale venti anni di storia, venti anni di ricordi, venti anni che sono una solida e autentica memoria dell'aggiornamento di qualità della pediatria italiana ■