

# Introduzione

## Una figura nuova nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale e delle cure primarie

La figura del Pediatra di Famiglia, o Pediatra di Libera Scelta come ufficialmente definito, viene alla luce nel 1978 nell'ambito della legge istitutiva del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), la 833/1978. Il ruolo della Pediatria di Famiglia viene via via precisato dagli Accordi Collettivi Nazionali (ACN), con la previsione del diritto e dell'obbligatorietà dell'assistenza da parte del Pediatra, prevista in un primo tempo per tutti i soggetti di età compresa tra 0 a 6 anni, poi estesa da 0 a 14 anni con la possibilità di prolungamento a 16 anni in presenza di particolari condizioni di salute.<sup>1</sup> Un punto di svolta per la Pediatria di Famiglia (PdF) è il Decreto 613/96 che riconosce, per la prima volta in modo esplicito, l'importanza della prevenzione, strutturandone la funzione attraverso un programma di visite, definite Bilanci di Salute, "per il controllo dello sviluppo fisico, psichico e sensoriale e la ricerca di fattori di rischio con particolare riguardo alla individuazione precoce dei soggetti affetti da handicap neuro-sensoriali e psichici, oltre all'esecuzione di screening e interventi di educazione sanitaria". La PdF passa quindi da una "medicina di attesa", in risposta a problemi di salute, a una "medicina d'iniziativa", mirata alla prevenzione e all'intercettazione precoce dei problemi. L'ACN del 2000 e i successivi ampliano il significato dei Bilanci di Salute, inserendoli nel "Progetto Salute Infanzia".

---

<sup>1</sup> Il Piano di Azione Nazionale Garanzia Infanzia (2022) prevede di estendere a 18 anni l'età di competenza pediatrica, in conformità con quanto previsto dalle convenzioni internazionali per quanto riguarda la definizione di minore età e a quanto richiesto da tempo da tutte le organizzazioni pediatriche in Italia.

La PdF è chiamata quindi a svolgere compiti di: prevenzione e diagnosi tempestiva delle patologie organiche, dell'area psicologica e del neurosviluppo, attraverso Bilanci di Salute, educazione sanitaria, test di screening, vaccinazioni; cura delle patologie acute trattabili a domicilio e delle patologie croniche a bassa intensità di cura; e coordinamento degli interventi terapeutici e riabilitativi polispecialistici effettuati sugli assistiti. Assieme ai centri vaccinali, ai servizi di NPIA (Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza), ai consultori specialistici, ai servizi sociali, la PdF contribuisce a formare la rete dei servizi territoriali per l'età pediatrica (ACN 28 aprile 2022 – Pediatria di libera scelta).

Nel Decreto Ministeriale n.77/22 vengono previste alcune importanti novità nella riorganizzazione dell'assistenza territoriale, in primo luogo l'istituzione delle Case di Comunità concepite come fulcro delle cure primarie (box I.1). Al PdF, così come al Medico di Medicina Generale (MMG), viene riconosciuto il ruolo di "referente principale, in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo assistito, relativamente agli aspetti diagnostico-terapeutici in tutte le fasi della vita", trascurandone però le potenzialità in termini di sostegno alle competenze genitoriali e più in generale di promozione e prevenzione della salute, come era stato chiaramente definito in precedenza nel "Progetto Salute Infanzia".

Il PdF è quindi lo specialista di riferimento per le cure primarie pediatriche in Italia, mentre in Europa i Pediatri restano in molti Paesi degli specialisti di secondo livello rispetto a Medici generalisti (Wolfe et al., 2013), anche se diverse

### **BOX I.1. CURE PRIMARIE**

Le Cure Primarie (CP) sono una componente essenziale dei sistemi di salute. La Conferenza di Alma Ata, nel 1978, focalizza per la prima volta l'attenzione sulle CP come elemento fondamentale dei sistemi di salute per consentire accesso universale, risoluzione di buona parte delle problematiche di salute, promozione della salute e prevenzione delle malattie (WHO, 1978). Nel 2018, 40 anni dopo Alma Ata, il principio del ruolo fondamentale delle CP per la buona salute globale viene ribadito e confermato, sempre ad Alma Ata, con la dichiarazione di Astana (WHO, 2018). Nonostante questa loro caratteristica sia poco riconosciuta, le CP sono anche il terreno di una disciplina accademica, con un suo peculiare contenuto formativo, di attività clinica e di ricerca.

indagini dimostrano che il modello basato sui Medici generalisti produce risultati di salute peggiori con costi maggiori (Van Til, 2019; Aparicio Rodrigo, 2020).

## Grandi cambiamenti nei bisogni di salute, nei contesti e nelle condizioni di vita di bambini e adolescenti

Rispetto al tempo in cui è stata istituita la PdF, i bisogni di salute a cui è chiamata a rispondere sono cambiati profondamente. Questo sia per i grandi mutamenti intervenuti nelle dinamiche demografiche, economiche, sociali e culturali, sia per i grandi progressi negli interventi preventivi e terapeutici, sia infine per l'eccezionale sviluppo delle tecnologie informatiche. Di queste diverse dimensioni del cambiamento occorre tenere conto per i loro riflessi inevitabili su obiettivi, contesti e modalità di lavoro della PdF.

### *Nuove dinamiche demografiche, economiche, sociali e culturali*

Nelle ultime due decadi soprattutto si è ridotta fortemente la natalità e sono intervenute trasformazioni profonde nella struttura delle famiglie e quindi nelle tipologie delle relazioni familiari. In particolare, dalla fine del secolo scorso si è osservata una progressiva riduzione dei nuovi nati, che nel 2022 sono stati 393.000, quasi un terzo in meno rispetto al 2000 e l'8% in meno rispetto al 2019. La fecondità media continua a calare (1,24 nel 2022), anche tra le donne straniere la cui alta fecondità aveva per alcuni anni compensato la riduzione dei nati tra le donne italiane.

Il numero medio dei componenti della famiglia si è molto ridotto. Su 10 famiglie con figli, 5 su 10 hanno un solo figlio, 4 su 10 ne hanno due e solo una 3 o più, dando così vita a una popolazione di minori costituita prevalentemente da figli unici. Inoltre, 4 bambini su 10 vivono con un solo genitore (la madre nell'80% dei casi). I bambini che vivono in situazioni familiari tradizionali (vale a dire stessi genitori, entrambi conviventi) sono ormai una minoranza.

A questo si aggiunge un contesto socio-economico caratterizzato da crescenti disuguaglianze (un bambino su 7, con una prevalenza molto maggiore al Sud rispetto al Centro-Nord, vive in condizioni di povertà assoluta) e un sistema di politiche per la famiglia che, nonostante alcuni recenti limitati progressi, è lontano dagli standard europei e certo non sufficiente a garantire sicurezza economica e conciliazione tra tempi di lavoro e carichi familiari ai neogenitori.

L'accumularsi di varie e in buona parte imprevedute emergenze (pandemia, cambiamento climatico, conflitti dalle ripercussioni globali) ha inoltre creato un clima di incertezza, aggravato dalla sovraesposizione telematica, minando le intenzioni, se non i desideri, di generare figli e creando disorientamento nelle pratiche educative anche tra giovani adulti e genitori che, in una proporzione crescente, hanno buoni livelli di istruzione e dimostrano di sentire le responsabilità genitoriali.

### *Cambiamenti nei bisogni di salute e nei bisogni psico-socio-educativi*

Dal 1978, anno di istituzione della PdF, ad oggi il bisogno di cure pediatriche, nel mondo come in Europa, si è notevolmente modificato: si è ridotta la mortalità per patologie acute infettive e respiratorie e quella da cause perinatali ed è aumentata la prevalenza e la mortalità per malattie croniche non trasmissibili (MNT), che nel 2019 rappresentavano il 38,8% dei decessi totali negli adolescenti di età compresa tra 10 e 24 anni (Armocida, 2022). Tra queste, le neoplasie erano le principali cause di mortalità, mentre i disturbi mentali la principale causa di aumento di anni vissuti con disabilità, in tutti gli Stati membri dell'UE. In Europa occidentale il suicidio è la seconda causa di morte fra gli adolescenti fra i 15 e i 19 anni, con 4 casi su 100.000, subito dopo gli incidenti stradali (5 casi su 100.000) (Unicef, 2021). Non vi è dubbio alcuno che il fenomeno più rilevante delle ultime due decadi relativo alla salute di bambini e adolescenti riguarda il drammatico aumento delle problematiche di salute mentale (box I.2), che ha messo in evidenza la grave carenza dei servizi di NPIA ma anche le difficoltà da parte della PdF di offrire una prima funzione diagnostica, di indirizzo e di sostegno alle famiglie con bambini piccoli e preadolescenti.

In conseguenza dell'aumentata sopravvivenza di bambini con malattie complesse, quali le patologie genetiche e oncologiche, è aumentato anche il bisogno di cure palliative pediatriche e di presa in carico di bambini complessi e fragili (Benini, 2021). Infine, è aumentato il numero di bambini rifugiati, che spesso presentano anch'essi patologie in associazione a situazioni familiari e personali di grande fragilità.

Ma i problemi non si limitano alla sfera che riguarda la sola condizione di salute intesa in senso stretto. Si è messa in evidenza negli ultimi anni la situazione, in precedenza certamente presente ma poco oggetto di attenzione, di povertà educativa in cui crescono molti bambini, situazione definita come "la privazione da parte dei bambini, delle bambine e degli/delle adolescenti della possibilità di apprendere, sperimentare, sviluppare e far fiorire liberamente capacità, talenti e

**BOX I.2. SALUTE MENTALE IN INFANZIA E ADOLESCENZA IN ITALIA:  
CRESCERE IL BISOGNO, NON LA RISPOSTA**

In Italia, già in epoca pre-pandemica, la prevalenza dei problemi di salute mentale si collocava intorno al 18-20% della popolazione 0-18, vale a dire che il problema riguardava fra 1.800.000 e i 2 milioni di persone minorenni. La prevalenza era molto maggiore in preadolescenza e adolescenza: nel 2019, si stimava che il 16,6% dei ragazzi e delle ragazze fra i 10 e i 19 anni soffrissero di problemi di salute mentale, con prevalenza lievemente superiore nelle ragazze. Come ben noto, le restrizioni alla socialità e in generale il disagio sofferto hanno fatto crescere ulteriormente l'incidenza di tutte le problematiche di salute mentale, con un aumento fino al 50% dei ricoveri per i casi più gravi (Scattoni, 2023). Esiste inoltre un'area ampia di disagio psichico che, se anche non sfocia in patologie vere e proprie, costituisce un ostacolo al benessere, all'apprendimento, alla socialità e alla resilienza nei confronti di eventi avversi (Barbieri, 2022). Da rilevare inoltre la maggiore prevalenza tra i minori migranti sia di prima che di seconda generazione, segnalata da tutti i servizi di neuropsichiatria già in epoca pre-pandemica. A questa crescita del bisogno non ha corrisposto una capacità di risposta dei servizi. Dati resi noti dalla SINPIA ci dicono che solo un terzo dei soggetti riceve attenzione in tempi ragionevoli da parte dei servizi pubblici. Un ulteriore elemento di criticità è l'aumento delle problematiche per le quali viene richiesta la certificazione ai fini del sostegno scolastico.

aspirazioni" (Save the Children, 2019). Infine, sulla base solo delle segnalazioni ai servizi, che notoriamente rappresenta solo una parte della realtà, almeno un bambino su 100 subisce una qualche forma di maltrattamento (fisico, psicologico, abuso sessuale, violenza assistita).

*Cambiamenti nelle conoscenze su salute e sviluppo dei bambini*

A tutto questo va aggiunto che in queste ultime decadi vi sono stati decisivi progressi nella conoscenza della fisiologia e della patologia dello sviluppo e sono emerse nuove e forti evidenze indicanti che i primissimi anni, a partire dall'epoca preconcezionale, sono molto importanti ai fini degli esiti di salute, educativi e sociali e quindi devono essere oggetto di investimenti forti e coordinati in tutti i settori (Black, 2017); e che soprattutto in questo periodo l'ambiente familiare

è decisivo ai fini degli itinerari di vita e quindi il supporto economico ma anche educativo, psicologico e sociale alle famiglie deve essere parte costitutiva e universale dei servizi per l'infanzia (Tamburlini, 2023).

Si sono inoltre palesate due questioni come destinate a influire profondamente sul futuro delle nuove generazioni:

- le sfide ambientali, siano quelle prodotte dal cambiamento climatico, dall'inquinamento o dalle ricorrenti pandemie, sono parte integrante del contesto in cui il bambino nasce e cresce, ipotecano il suo futuro e richiedono di essere affrontate come parte integrante delle cure all'infanzia;
- l'intera distribuzione delle risorse tra generazioni va drasticamente rivista se si vogliono affrontare seriamente, sia per l'oggi che per il domani, le tematiche relative alla salute e al benessere e ai diritti delle bambine e dei bambini.

### *Cambiamenti nella strumentazione tecnologica*

Anche nella strumentazione tecnologica a disposizione di tutto il sistema di cure vi sono stati forti mutamenti. L'arrivo delle cartelle cliniche elettroniche prima e della telemedicina poi ha portato a profondi cambiamenti nei flussi e nella modalità di lavoro negli ambulatori, così come negli ospedali. Durante la pandemia la PdF ha sperimentato forme di lavoro con pazienti e famiglie a distanza, alcune delle quali sono destinate a restare. La progressiva digitalizzazione degli ultimi anni può consentire la creazione di hub elettronici per facilitare il lavoro di squadra tra tutti gli specialisti delle cure primarie sul territorio e l'integrazione/continuità delle cure col setting di 2° e 3° livello supporta il riorientamento delle CP (Cure Primarie in Pediatria) verso nuove direzioni della pratica professionale.

Una rivoluzione, in gran parte ancora in pieno divenire, è quella derivante dallo sviluppo e dall'utilizzo di strumenti di Intelligenza Artificiale (IA), che certamente cambiano radicalmente la componente cognitiva della presa di decisioni, quella che fa (dovrebbe fare) ricorso alla conoscenza scientifica per definire la migliore scelta di fronte a un quesito che riguardi diagnosi, terapia o utilizzo di misure preventive, mettendo a disposizione del Pediatra strumenti utili a fornire risposte immediate e basate sulla migliore evidenza, evitando la complessità e i tempi dei percorsi di ricerca delle evidenze. Nello stesso tempo l'IA non risolve nessuna delle esigenze di comunicazione con genitori e piccoli pazienti, e potrebbe anche renderli ancora più complessi in ragione della disponibilità di accesso a strumenti di IA anche per le famiglie. E ancora, la IA, così come si sta avverando per molte altre aree della cognizione umana in conseguenza del largo

utilizzo dei device elettronici, potrebbe disabituarne il Pediatra al ragionamento indipendente e critico e farne un mero notaio di prescrizioni formulate altrove.

*La diseguaglianza come caratteristica trasversale alle varie dimensioni della salute e dello sviluppo di infanzia e adolescenza. Popolazioni e gruppi a rischio*

La condizione dell'infanzia in Italia è caratterizzata da diseguaglianze su base sia sociale che territoriale, già evidenti alla nascita (con tassi di mortalità infantile più alti del 50% nelle Regioni del Sud rispetto al Nord) che continuano nell'accesso ai servizi educativi per la prima infanzia, rendendosi evidenti già all'età di 4 anni su tutte le dimensioni dello sviluppo: i bambini con genitori di livello socio-economico più basso all'età di 4 anni accumulano un significativo svantaggio in termini educativi e di sviluppo rispetto ai coetanei provenienti da situazioni familiari più favorevoli (Save the Children, 2019). Tale svantaggio si manifesta poi accresciuto ai test INVALSI nel corso delle scuole primaria e secondaria. Anche in questo caso la pandemia ha aggravato la situazione, accrescendo le disparità nella disponibilità di ausili tecnologici ma anche nella possibilità di ricevere supporto dai familiari. Dai dati raccolti da INVALSI nel 2021 nelle scuole italiane, infatti, gli studenti e le studentesse di famiglie con livello socio-economico e culturale più basso hanno visto un calo significativo nei punteggi relativi alle prove di matematica e italiano, in ogni grado scolastico.

I determinanti maggiori di diseguaglianza restano quelli sociali (educazione dei genitori, soprattutto materna; occupazione, reddito); 1.300.000 i bambini vivono in povertà assoluta, senza beni indispensabili per rispondere a bisogni essenziali, inclusi quelli nutrizionali (Save the Children, 2022). Con il territorio di residenza che gioca un ruolo soprattutto nell'accesso a servizi educativi fin dalla prima infanzia (un bambino su 4 può frequentare un nido, che diventa meno di uno su 10 al Sud, e nelle zone interne del Centro-Nord), nell'accesso a servizi specialistici di qualità con conseguenze sui percorsi scolastici (un minore su 7 lascia prematuramente gli studi, con un'incidenza anche in questo caso molto maggiore al Sud) e sulla qualità delle cure in particolare per patologie complesse e disabilità. La tabella che segue, tratta dall'esercizio analitico sviluppato in preparazione del PANGI, dà un'idea, anche quantitativa, su alcuni indicatori, dei bisogni che ancora non trovano adeguata risposta.

**Tabella I.1.** Alcuni indicatori di rischio e disagio per soggetti di età 0-18, Italia

Persone minorenni di cittadinanza non italiana	Persone minorenni di origine straniera che vivono in famiglie con problemi di sovraffollamento abitativo: 65,4% delle persone minorenni con cittadinanza non italiana (36,2% fra persone di cittadinanza italiana)
	Persone minorenni straniere non accompagnate (valori assoluti): 8.382
Persone minorenni Rom, Sinti e Camminanti	Persone minorenni identificabili come appartenenti a gruppi Rom, Sinti e Caminanti (valori assoluti): stima 54.000-81.000
	Alunne e alunni nel sistema scolastico italiano appartenenti a nuclei familiari Rom, Sinti e Camminanti (valori assoluti): 11.000
Persone minorenni in situazioni familiari precarie	Persone minorenni inserite in famiglie monogenitoriali (valori assoluti in milioni): 1.107 (11,9% del totale di persone minorenni)
	Persone minorenni inserite in famiglie monogenitoriali che sperimentano problematiche legate a problemi economici, di scarso lavoro o di esclusione sociale (valori assoluti in milioni): 0.456 (41,2% del totale delle persone minorenni in famiglie monogenitoriali)
	Persone minorenni con almeno un genitore in carcere (valori assoluti): 39.176 (pari al 0,4% del totale delle persone minorenni)
	Persone minorenni che vivono in luoghi percepiti dalle loro famiglie come a rischio criminalità, violenza e vandalismo (valori assoluti in milioni): 0,79 (8,5% del totale delle persone minorenni)
	Persone minorenni inseriti in famiglie con problematiche familiari legate a problemi economici, di scarso lavoro o di esclusione sociale (valori assoluti, milioni): 2,58 (27,8% del totale delle persone minorenni in Italia)
Persone minorenni con problemi di salute mentale	Persone minorenni con problemi di salute mentale (valori assoluti in milioni): 1,9 (pari a 20,4% delle persone minorenni in Italia)
	Persone minorenni con disturbi psichici in grado di accedere a servizi territoriali di NPIA: 30% (percentuale su persone minorenni con disturbi psichici)
Persone minorenni residenti nel Mezzogiorno	Persone minorenni con problematiche familiari legate a problemi economici, di scarso lavoro o di esclusione sociale residenti nel Mezzogiorno (valori assoluti in milioni): 1.472 (46% del totale persone minorenni residenti nel Mezzogiorno)
	Tasso di abbandono scolastico fra le e i giovani fra i 18 e i 24 anni nel Mezzogiorno (valori assoluti in milioni): 0.288 (19% dei giovani nella stessa fascia di età residenti nel Mezzogiorno a fronte dell'11% nel Centro-Nord)
	Copertura (pubblica e privata) dei servizi educativi 0-3 nel Mezzogiorno: 13,5% (% su totale bambine e bambini in età 0-2 anni residenti nel Mezzogiorno, a fronte del 32,1% nel Centro-Nord)
	Persone minorenni in nuclei familiari nel Mezzogiorno che hanno problemi di stress finanziario da costi dell'abitazione: 48,8% (39,5% nel Centro-Nord)
	Tasso di mortalità neonatale e infantile nelle regioni del Mezzogiorno: 3,4‰ (2,2‰ nel Centro-Nord)

Modificata da: Unicef (2022)



## *Degrado nel sistema sanitario e riforme che marcano il passo*

A fronte di questi cambiamenti e sfide, l'organizzazione dei servizi di salute per la maternità e la paternità, l'infanzia e l'adolescenza è rimasta sostanzialmente, a partire dalla stessa PdF, quella dei primi anni Ottanta. È ancora molto carente la prevenzione. Permane, sia a livello di cure primarie che di cure specialistiche, insufficiente l'integrazione/collaborazione tra professionisti e Servizi, che conduce ad approcci parziali e poco efficaci (ACP e CSB, 2021). Manca una visione basata sui diritti, pure riconosciuti formalmente, per cui interi gruppi di bambini e adolescenti, dai rifugiati ai nati da genitori migranti, da coloro che abitano in periferie povere di servizi a quelli coinvolti da procedimenti giudiziari a carico dei loro genitori, restano di fatto privati di diritti fondamentali. La presenza di indicatori tradizionali – quali la mortalità o gli esiti per patologie specifiche – del tutto soddisfacenti nel contesto europeo e di non poche eccellenze, in particolare nelle cure per patologie pediatriche complesse, non può oscurare una situazione ben lontana dall'ottimale per molti, troppi, bambini e per le loro famiglie. Lo stesso SSN, a lungo ritenuto dalle organizzazioni internazionali un modello da seguire per un rapporto tra costi e benefici molto buono, ha subito, in particolar modo negli ultimi 20 anni un progressivo processo di degrado, imputabile a diversi fattori quali il definanziamento, la politicizzazione degli incarichi di dirigenza, la pessima pianificazione e la mancanza di politiche per la ritenzione del personale necessario, sia medico che infermieristico, la spinta, occulta o esplicita, alla privatizzazione, e la scarsa lungimiranza dei sindacati medici. Il progresso si è visto, ed è stato notevole, nelle capacità diagnostiche e terapeutiche per molte condizioni complesse, ma anche per queste non sempre c'è stata la capacità di una presa in carico comprensiva e centrato sul bambino come un tutt'uno e sulla famiglia come contesto che è indispensabile considerare e coinvolgere.

Le riforme che sulla carta sono in atto, anche per ottemperare agli impegni inclusi nel PNRR, e inclusi nel Dlgs 77/2021, subiscono gli ostacoli derivanti da stanziamenti insufficienti, sempre in difetto rispetto all'aumentare dei costi di esercizio, carenza di personale e interpretazioni diverse e a volte divergenti da parte delle Regioni, per cui il futuro che si delinea è probabilmente caratterizzato da disparità regionali ancora più accentuate, basti citare il caso della Case di Comunità, caposaldo della riforma e destinate ad essere attuate in alcune regioni, e con intenti e modalità diverse.

Sono cambiati i bisogni, quelli degli interlocutori e beneficiari principali, genitori e bambini, ma l'agire quotidiano del Pediatra non è stato al passo, soprattutto perché la formazione è rimasta troppo simile a quella di molti anni fa, nei con-

tenuti (aggiornamenti scientifici e tecnologici a parte, quelli sì sono stati adeguati), e nelle modalità operative. Ancora oggi la maggior parte dei Pediatri di famiglia lavora individualmente, ancora oggi i rapporti con i rimanenti servizi di salute e non per l'infanzia e l'adolescenza sono subottimali quando non conflittuali, ancora oggi vige l'anacronistica cesura ai 14 anni, proprio in mezzo all'età più complicata, sia per i sani che per i malati. Il Pediatra si trova di fronte a problemi di comportamento e funzionali, per i quali ha ricevuto formazione insufficiente, e a genitori con cui dovrebbe saper dialogare, ma questa competenza specifica non si è potuta acquisire durante la scuola di specialità, e chi se l'è costruita lo ha fatto di sua iniziativa, e quasi sempre a sue spese.

## Questo libro, un sequel necessario

A fronte di tutto questo, dei cambiamenti in atto che sono stati sinteticamente descritti, il ruolo della PdF, e più in generale delle cure primarie pediatriche, ha ancora un senso? E come deve attrezzarsi questa componente del sistema per rispondere alle sfide di un contesto sempre più complesso? I curatori di questo volume, e tutti i coautori, credono di sì. Credono che in questo contesto complesso e in rapida evoluzione, dove la messa a disposizione di strumenti che facilitano la componente cognitiva del lavoro si combinano con bisogni nella componente di comunicazione e sociale del lavoro più presenti e necessari, sia necessario far emergere una professione nuova, capace di maneggiare i nuovi strumenti, di rispondere ai bisogni dei neogenitori aprendo finestre di dialogo, come nel campo della promozione dello sviluppo e della genitorialità, di condividere piano di intervento con altre figure professionali, di contribuire a che le riposte della comunità a bambini adolescenti e famiglie siano adeguate.

Nel 1984 è venuta alla luce la prima edizione di "Pediatría di base" (Tamburlini, 1984): un'opera a più mani, allora mani molto giovani. Questo volume conserva dell'opera prima il proposito di servire da orientamento e consultazione soprattutto ai giovani Pediatri e Pediatre di famiglia da poco entrati nella professione e, ancor più, a quelli di loro che sono ancora in formazione. Il percorso di questo libro si svolge tra le diverse stanze di quell'edificio ancora in divenire che è la PdF, un edificio delicato che si regge su molti diversi saperi e competenze, ma che è un gran bel edificio, dove scienza e cura si integrano, dove le famiglie possono trovare consiglio medico ma anche supporto nelle difficoltà e indirizzo. Scritto da chi si è concretamente misurato con i problemi e ha cercato risposte nuove, il libro vede in molti casi Pediatre e Pediatri con ormai lunga esperienza di lavoro affiancati da giovani specialiste e specialisti o specializzandi.

I diversi capitoli illustrano come i cambiamenti intervenuti nel contesto generale, a partire da quello che riguarda le famiglie, e in quello più specifico di lavoro possono e devono tradursi in nuove risposte, organizzative e culturali e come la PdF possa dare un contributo a fornire risposte efficaci, adottando sistematicamente modalità di lavoro condiviso sia tra gruppi di Pediatri che tra Pediatri e altre figure professionali, curando la comunicazione col bambino/adolescente e la sua famiglia, costruendo collaborazioni e capacità di lavoro in rete con altri professionisti e settori per rispondere a bisogni complessi, acquisendo sempre maggiori capacità di ricerca critica delle evidenze, esercitando, singolarmente o come gruppi locali o società nazionali anche un'opera di advocacy, sui problemi relativi all'ambiente e agli stili di vita, sulle politiche per l'infanzia e l'organizzazione dei servizi di salute, necessariamente, formandosi a questi nuovi compiti in modo molto diverso dal passato, contribuendo a costruire le condizioni migliori per lo sviluppo fin dai primi anni di vita.

Ogni capitolo tenta di fornire elementi di analisi e indicazioni pratiche per ognuna di queste esigenze. I lettori potranno chiedersi il motivo di alcune suddivisioni o accorpamenti nei diversi capitoli, o dello spazio attribuito alle diverse tematiche. Non sempre la riposta è logica, a volte appartiene alla varietà degli autori e alla difficoltà, o incapacità, dei curatori di imporre una pax romana, un ordine cartesiano al tutto. Ma si confida nella possibilità, quasi necessità, di leggere, o meglio utilizzare, questo libro nei suoi frammenti, anche trascurandone la sequenza e scegliendo le parti che più interessano. E nel fatto che possa divenire strumento di formazione per i giovani che certamente trovano un mestiere diverso per molti aspetti da quello immaginato quasi mezzo secolo fa.

Michele Gangemi e Giorgio Tamburlini

## Bibliografia

ACP e CSB (2021). Associazione Culturale Pediatri e Centro per la Salute del Bambino. Senza Confini. Come ridisegnare le cure all'infanzia e all'adolescenza, integrando i servizi, promuovendo l'equità, diffondendo le eccellenze.

Aparicio Rodrigo M, Ruiz Canela J, Buñuel Álvarez JC, et al. (2020). Paediatricians provide higher quality care to children and adolescents in primary care: a systematic review. *Acta Paediatr*; 109(10): 1989-2007.

Armocida B, Monasta L, Sawyer S, et al. (2022). Burden of non-communicable diseases among adolescents aged 10-24 years in the EU, 1990-2019: a systematic analysis of the Global Burden of Diseases Study 2019. *Lancet Child Adolesc Health* 6(6): 367-83.

- Barbieri V, Wiedermann CJ, Kaman A, et al. (2022). Quality of life and mental health in children and adolescents after the first year of the covid-19 pandemic: a large population-based survey in South Tyrol, Italy. *Int J Environ Res Public Health* 19(9): 5220.
- Benini F, Bellentani M, Reali L, et al. (2021). An estimation of the number of children requiring pediatric palliative care in Italy. *Ital J Pediatr* 47(1): 4.
- Black MM, Walker SP, Fernald LCH, et al. (2017). Early childhood coming of age. Science through the life-course. *Lancet* 389 (10064): 77-90.
- Katz M, Rubino A, Collier J, Rosen J, Ehrich JH (2002). Demography of pediatric primary care in Europe: delivery of care and training. *Pediatrics* 109(5): 788-96.
- Save the Children (2019). Il miglior inizio. Diseguaglianze e opportunità nei primi anni di vita (<https://s3.savethechildren.it/public/files/uploads/pubblicazioni/il-miglior-inizio-disuguaglianze-e-opportunita-nei-primi-anni-di-vita.pdf>).
- Save the Children (2022). Atlante dell'infanzia a rischio in Italia 2022. Come stai? La salute delle mamme, dei bambini e degli adolescenti (<https://atlante.savethechildren.it/>).
- Scattoni ML, Micai M, Caruso A, et al. (2023). Mental health among italian children and adolescents during and after the Sars-Cov-2 pandemic: a professionals' focus group study. *J Clin Med* 26; 12(13): 4270.
- Tamburlini G (1984). *Pediatria di base. Metodologie e strumenti*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Tamburlini G (2023). *I bambini in testa. Investire nell'infanzia a partire dalle famiglie*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Unicef. Migrant and displaced children (<https://www.unicef.org/migrant-refugee-internally-displaced-children>).
- Unicef (2021). *On my mind* (<https://www.unicef.org/on-my-mind>).
- Unicef (2022). *Basis for a European Child Guarantee Action Plan in Italy*.
- Van Til JA, Groothuis-Oudshoorn CGM, Vlasblom E et al. (2019). Primary care in five European countries: a citizens' perspective on the quality of care for children. *PLoS One*; 14(11): e0224550.
- WHO (1978). Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471>).
- WHO (2018). Declaration of Astana, Kazakhstan, 25-26 October 2018.
- Wolfe I, Thompson M, Gill P, et al. (2013). Health services for children in western Europe. *Lancet* 381(9873): 1224-34.