

Codici bianchi in pronto soccorso: l'ACP ha una proposta?



Enrico Valletta

UO di Pediatria, Ospedale G.B. Morgagni – L. Pierantoni, AUSL della Romagna, Forlì

Ho ascoltato con interesse, a Matera, l'amico Pagano e ho letto con uguale interesse le sue considerazioni sul fenomeno dei codici bianchi in pronto soccorso (PS): io non sarei riuscito a fare altrettanto bene [1]. Eppure, ripensando ai codici di tutti i colori visti in ormai quasi 40 anni di attività, qualcosa in più e di diverso mi verrebbe da dire. Premetto che eviterò di addentrarmi in almeno due temi fondamentali ai quali Pagano ascrive, giustamente, la responsabilità del costante incremento degli accessi in PS: quello antropologico-culturale e quello comunicativo-educativo. Entrambi si prestano bene all'analisi e al confronto di opinioni nei convegni, ma sembrano offrire poche soluzioni pratiche nei tempi medio-brevi. E invece è di queste che abbiamo oggi sempre più bisogno.

Volendo essere concreti, dunque, cosa c'è dietro un codice bianco? A mio avviso, ci sono semplicemente dei genitori che (a torto o a ragione, non credo stia a noi giudicarlo) sono in ansia per la salute del proprio figlio, cercano un pediatra che lo visiti e li rassicuri e può accadere che non riescano a trovarlo altrove che in ospedale. Anche la dimensione "ansia dei genitori" merita lo stesso trattamento che riserviamo al dolore nel bambino. Dolore e ansia sono variabili totalmente soggettive e come tali le dobbiamo accettare. La prevenzione è utile per l'uno come per l'altra, ma in un orizzonte più ampio di quello proprio del PS dove ci si confronta semplicemente con il dato di realtà, *hic et nunc*.

Per una mamma preoccupata, quello che conta sono la diagnosi e la terapia e il pediatra può fornirgliela. La mamma è convinta che il pediatra sia l'unica figura medica realmente competente sul bambino, che il collega dell'adulto poco ci capisca e la guardia medica meno che meno, che farmacista, nonni e amiche vadano bene sì, ma poi rischiano di fare confusione. Di qui parte la ricerca del pediatra che può finire con l'approdare – con crescente frequenza e con le sembianze del codice bianco – in ospedale. I motivi rientrano, tutto sommato, in tre ben individuabili categorie: il genitore non può, non riesce o non vuole trovare altro pediatra che quello.

Non può, perché per almeno i due terzi del tempo di una settimana (dalle 20 alle 8 dei giorni feriali e nelle 24 ore dei prefestivi-festivi), un genitore preoccupato che ritiene di avere bisogno di un pediatra non può che trovarlo in ospedale e lì lo cerca. E la situazione può farsi molto, ma molto più complessa quando capita un festivo infrasettimanale. Certamente ci sono i medici di continuità assistenziale (cioè la Guardia Medica), ma è ormai noto che per la modesta esperienza pediatrica e la variabile (s)fiducia da parte dell'utenza, nei fatti costituiscono un filtro poco efficace. La seconda evenienza è che il genitore venga in PS perché non è riuscito a contattare il proprio pediatra, oppure perché gli viene dato appuntamento a distanza di qualche giorno o perché gli orari di ambulatorio non sono compatibili con le sue esigenze di vita. Ora, sulla possibilità per un genitore di riuscire a contattare o di farsi visitare dal proprio pediatra nell'arco della giornata (che vuol di-

re ore 8-20), credo esista un'infinita variabilità di situazioni. Dal mio osservatorio di pediatra ospedaliero, in questi (quasi) 40 anni sono certo di averle sentite e viste, su questo registro, quasi tutte e non volendo attribuire, a priori, un qualche grado di malafede a nessuno, sono portato a immaginare che, di volta in volta, entrambe le parti possano averci messo del loro. La conclusione è che i genitori potranno comunque trovare in PS un pediatra che, giorno e notte, proverà a fare del proprio meglio, codice bianco o verde che sia.

Il terzo scenario ha diverse sfumature. Il genitore decide di non consultare il proprio pediatra per i più vari motivi: sa che comunque non avrà un appuntamento in giornata, ha l'impressione che sottovaluti il problema e vuole un secondo parere e, infine, in ospedale conta di ottenere gli esami più rapidamente. Oppure, lo stesso pediatra cortocircuita e invia il bambino in PS (i motivi sono altrettanto vari), non sempre con gli estremi dell'urgenza. Scenari diversi, motivazioni diverse, uguale risultato.

Sono stato volutamente semplicistico e spero che nessuno se ne abbia a male, ma se questa non è tutta la realtà certamente ne è buona parte. Come dice Pagano, il fenomeno è complesso e, peraltro, qualche cosa occorre ben fare se vogliamo andare in soccorso (!) dei PS [2,3]. Se è vero che i pediatri dell'ospedale devono affacciarsi, per alcuni aspetti della loro attività, sul territorio, di certo anche la pediatria territoriale deve concretamente adoperarsi per salvaguardare la funzione dei PS e delle pediatrie ospedaliere. Se vogliamo ridurre i codici bianchi in PS (di questo stiamo parlando?), le cure primarie devono organizzarsi per intercettarli prima che ci arrivino, 24 ore su 24, feriali e festivi. Occorre organizzare una continuità assistenziale pediatrica fuori dall'ospedale, ma in stretta connessione bidirezionale con questo, che dia alle famiglie un servizio qualitativamente analogo a quello al quale sono ormai abituate e senza il quale il PS pediatrico resta l'unica e inevitabile risorsa. È necessaria una diversa assunzione di responsabilità del territorio rispetto a questo, con una consapevolezza culturale del proprio ruolo professionale che preceda e guidi le legittime logiche sindacali. Se guardo alla mia realtà (dove la pediatria di gruppo è, spesso, già una realtà), non sarebbe un obiettivo impossibile e neppure troppo gravoso. E mi piacerebbe che l'ACP avanzasse qualche proposta concreta che andasse oltre la pura osservazione del fenomeno. I codici bianchi sono un problema che l'ospedale non può risolvere da solo.

✉ enrico.valletta@auslromagna.it

1. Pagano G. Cosa c'è dietro un codice bianco? *Quaderni acp* 2020; 27(1): 17-19.
2. Valletta E, Gangemi M. Alcuni motivi per cambiare, insieme. *Quaderni acp* 2014; 21(1): 21-25.
3. SIMEUP. www.simeup.it/?page_id=150.