

# Il pediatra inquieto

ANGELO SPATARO

Pediatra di famiglia, Rappresentante della Sezione di Palermo dell'Associazione Italiana Dislessia

*Il bambino ha il malessere di vivere in un mondo che non sembra fatto per lui. Il pediatra può fare qualcosa?*

Il pediatra è stato sempre inquieto («Questa sindrome perseguita il pediatra almeno dal 1977, anno in cui F. Royer, uno dei pochi grandi nomi della pediatria di allora e di oggi, ha scritto un editoriale con questo titolo sugli allora prestigiosi *Archives Françaises de Pédiatrie*») per la natura stessa del suo lavoro che ha come oggetto un organismo che cresce, che evolve, che cambia, che ha esigenze sempre diverse; che ha come oggetto di lavoro un bene prezioso, che è il bambino; il bambino che domani diventerà un adulto e che è quindi un bene prezioso non solo per i suoi genitori, ma anche per la società di oggi e per la società di domani<sup>1</sup>. Ma mai l'inquietudine del pediatra è stata così forte come lo è oggi, in quest'epoca di grandi cambiamenti, dove tutto cambia molto velocemente. Il bambino è cambiato perché è cambiata la società in cui viviamo e perché è cambiata anche la sua patologia. Oggi il bambino non ha più il morbillo, non ha più la pertosse, non ha più malattie, ma ha "malesseri", ha "disturbi", ha "difficoltà", ha nuove "paure" che si affiancano alle paure di sempre (paura della scuola, dei rimproveri, del buio, dei fantasmi) e che sono la paura della morte, della solitudine, delle guerre, dei terroristi, dei ladri, degli zingari, degli extracomunitari, dei pedofili, paure che quotidianamente vengono alimentate assistendo ai programmi della televisione, davanti alla quale il bambi-

no trascorre molto del suo tempo, spesso solo.

Il bambino ha il malessere di vivere in un mondo che non sembra fatto per lui, di vivere tra adulti che non tengono conto dei suoi bisogni di bambino di oggi e di adulto di domani. Ha il malessere di vivere in un mondo dove subisce violenze fisiche e psicologiche. È più depresso, più ansioso, più aggressivo del bambino di una volta. Ha disturbi dell'apprendimento del linguaggio, della lettura, della scrittura e del calcolo, disturbi che forse sono esistiti sempre, ma che oggi assumono, nella nostra civiltà tecnologica, una importanza enormemente superiore rispetto alle civiltà del passato. Ha difficoltà di inserimento nella famiglia e nella scuola. Ha difficoltà a socializzare con i coetanei. Il bambino di oggi è più solo. Non ha fratelli, e i genitori gli dedicano poco tempo. Tutte le persone che gli stanno intorno, insegnanti compresi, si allontanano sempre più da lui. Anche il pediatra di famiglia si è allontanato dal bambino: l'atteggiamento che il medico di famiglia ha oggi, che non è più di ascolto, di partecipazione, di immedesimazione (atteggiamento che rispecchia peraltro l'ormai diffusa tendenza all'isolamento che caratterizza l'uomo di oggi), la "pediatria di gruppo", la delega alla segretaria/infermiera di molte mansioni che prima erano svolte dal pediatra di famiglia, la rinuncia a fare le visite domiciliari hanno

contribuito a fare allontanare il pediatra di famiglia dal bambino, offrendogli senz'altro più tecnologia e più "medicina basata sulle evidenze", ma anche meno rapporto personale e, conseguentemente, meno affetto.

Tutto questo porta il pediatra di famiglia ad essere inquieto, ma anche ad essere confuso e deluso, per un presente che non riesce più a capire bene e per non sapere più offrire al bambino le cure di cui ha bisogno.

## QUALI CURE PER IL BAMBINO?

Molta della patologia comportamentale dell'adolescente e dell'adulto deriva da una patologia comportamentale e da difficoltà scolastiche mai diagnosticate e mai trattate nell'età dell'infanzia<sup>2,4</sup>. Il 50% degli adolescenti che si suicidano hanno avuto ripetuti insuccessi scolastici, la cui causa è da ricercare tra i disturbi specifici di apprendimento<sup>3</sup>. Molti percorsi adolescenziali devianti che conducono alla violenza, all'alcol e alla tossicodipendenza, derivano da disturbi del comportamento e da disturbi dell'apprendimento presenti nell'età dell'infanzia<sup>4</sup>.

Questa "patologia" è spesso misconosciuta. E questa è una "patologia" abbastanza frequente: circa il 15% dei bambini ha disturbi specifici di apprendimento del linguaggio, della lettura, della scrittura e del calcolo<sup>4</sup>; circa

il 5% dei bambini ha un disturbo da deficit di attenzione e/o iperattività<sup>5</sup>; circa il 5% dei bambini ha disturbi del comportamento (disturbo oppositivo e disturbo della condotta)<sup>4</sup>; circa il 6% degli adolescenti ha disturbi del comportamento alimentare con una prevalenza dell'anoressia nervosa pari allo 0,5-1%, e questa ha una mortalità per suicidio e per complicanze dovute alla malnutrizione pari al 10% a dieci anni dall'esordio<sup>6</sup>; un numero imprecisato di bambini e di adolescenti soffre di "malesse-re", di solitudine, di ansia, di depressione, di disturbi della personalità.

### CHI SI DEVE OCCUPARE DI QUESTI BAMBINI?

Il pediatra di famiglia può avere uno spazio in questo campo così importante e nello stesso tempo così difficile?

Il lavoro quotidiano del pediatra di famiglia di oggi è basato quasi esclusivamente sulla diagnosi e sulla cura di malattie banali, molto spesso autolimitanti; è basato sul controllo non dello stato di malattia (che possiamo dire che è diventato raro) ma sul controllo dello stato di salute al fine di tenere lontane le cause di malattia (bilanci di salute).

Ma di quali malattie si deve occupare il pediatra di famiglia?

Quali cure deve offrire al bambino di oggi affinché cresca in uno stato di benessere? Il pediatra di famiglia deve avere solo un ruolo di prevenzione e cura di malattie organiche o deve avere anche un ruolo di educatore e di medico della psiche, della mente, oltre che del corpo?

Giancarlo Biasini in un editoriale di *Quaderni acp* scrive: «La domanda cui rimane da rispondere è però se, essendo medici, dobbiamo occuparci anche di quelle malattie che originano da condizioni non biologiche o se queste sono escluse dal nostro ambito... A noi pare che il salto sia proprio qui: se la medicina debba occuparsi solo della malattia e solo di quella biologica, o anche della salute».<sup>7</sup>

Giorgio Cosmacini<sup>8</sup>, un medico laureato in filosofia e autore di molti e interessanti saggi, scrive: «La medicina

non è una scienza, è una pratica basata su scienze e che opera in un mondo di valori. È, in altri termini, una tecnica - nel senso ippocratico di *techne* - dotata di un suo proprio sapere, conoscitivo e valutativo, e che differisce da altre tecniche perché il suo oggetto è un soggetto: l'uomo. La tecnica è il mezzo, ma l'*anthropos*, l'uomo, è il fine ultimo, o primo... Cura non è un nome univoco. Può significare l'esercizio dei mezzi che hanno il fine di guarire la malattia o di salvaguardare la salute; oppure, può essere l'equivalente del farsi carico, in modo responsivo, dei bisogni della persona. Nel primo caso essa è sinonimo di terapia, nel secondo di prevenzione, nel terzo di cura globale. Il sapere-potere del mestiere, come non deve prescindere da una tecnologia efficiente ed efficace, così non può sottrarsi all'esigenza di una comprensione curativa globale dell'umanità del paziente. La qualità della cura è sperimentata da questi anche in funzione di tale globalità»<sup>8</sup>.

La "salute" è una utopia?

La "cura globale" è una utopia?

Il medico di famiglia ha le conoscenze, le capacità, la maturità, la volontà di curare globalmente il paziente?

Il concetto di "cura globale" dovrebbe essere, in realtà, insito nel concetto di medicina di famiglia.

### MA IL MEDICO DI FAMIGLIA ESISTE ANCORA?

Queste sono domande alle quali è difficile dare una risposta. Esistono infatti diverse realtà, diversi modi di esercitare "il mestiere di medico", ma una cosa è sicura: la figura del medico di famiglia, se deve continuare a esistere e se deve avere una giusta e adeguata collocazione nella società di oggi, deve farsi carico del paziente in modo globale.

Oggi esiste, più forte che mai, il bisogno da parte del paziente di avere accanto un "medico globale", e questa esigenza è avvertita soprattutto, rimanendo nel campo della pediatria, dall'adolescente, che spesso affronta tutte le difficoltà che derivano dalla sua condizione di "non più bambini, non

ancora adulti" in solitudine, senza la comprensione, la guida e l'aiuto di un adulto, sia esso un genitore, un medico o un insegnante.

I disturbi dell'apprendimento e del comportamento non sono né nella fase di diagnosi né nella fase di terapia, di competenza solo del neuropsichiatra infantile e/o dell'insegnante. Questi disturbi sono così complessi, sono disturbi che investono il bambino nella sua globalità, nella sua vita personale, familiare, scolastica e sociale, per cui risulta impensabile che di essi debba occuparsi una sola figura professionale.

«Nella gran parte dei casi, è necessario che il clinico utilizzi numerose risorse al fine di ottenere informazioni affidabili e di compiere una valutazione accurata. A nostro parere non è giusto che la struttura scolastica rappresenti l'unica modalità di intervento disponibile per affrontare le necessità particolari di questi e di altri bambini: le scuole e gli insegnanti sono spesso in difficoltà già nell'assolvimento del loro mandato principale, l'istruzione. Le informazioni ottenibili dai familiari sono inestricabilmente correlate al procedimento diagnostico. Molti ritengono che l'intervista diagnostica ai fami-

### MESSAGGI CHIAVE

- La sindrome del pediatra inquieto è stata descritta nel 1977 da F. Royer e fa riferimento alla stanchezza e demotivazione del pediatra.
- I fenomeni oggettivi dell'inquietudine hanno a che fare con vari cambiamenti che si sono verificati negli ultimi anni, tra cui quello della denatalità, del modo di rapportarsi e di intendere nella società, i bisogni di salute.
- Il pediatra si trova sempre meno di fronte a malattie organiche e, al contrario, vive sempre di più altri tipi di bisogni: relazionali, del comportamento, di tipo educativo.
- La sua preparazione è spesso inadeguata e i suoi ruoli sono spesso messi in discussione.
- La prospettiva è quella di occuparsi in senso globale del bambino, attraverso un'interfaccia sempre più qualificata con altre figure professionali, tra cui gli insegnanti e i neuropsichiatri infantili.

liari sia l'approccio più appropriato, e che dovrebbe essere lo strumento principale dei medici pediatri»<sup>4</sup>.

Occorre quindi un lavoro di collaborazione, alla pari, tra le figure professionali che si occupano del bambino: pediatra di famiglia, neuropsichiatra infantile, insegnante.

Per arrivare a questo occorre però una preparazione adeguata, che dovrebbe iniziare dall'Università e finire con l'ECM; occorre anche un "ritorno al futuro", occorre cioè che il pediatra di famiglia torni ad essere il medico che "cura il malato e non la malattia", il medico che sappia instaurare un rapporto di conoscenza e di empatia con il bambino e con la famiglia del bambino, il medico che sappia fare il counselling, che non è una cosa nuova ma che è una cosa vecchia, che esiste da quando esiste il "mestiere di medico"; counselling che è ascolto, un ascolto che è anche terapia; occorre abbandonare il ruolo di medico solitario per assumere il ruolo di medico che lavora in simbiosi con tutte le figure professionali che si occupano di scienza dello sviluppo.

«In tutto questo si inserisce il bisogno di cooperare, di aiuto e di confronto tra pari, di espansione della perso-

na, quindi di associazionismo, di lavoro collaborativo, di disegno comune»<sup>1</sup>.

## CONCLUSIONE

Da tante cose dunque nasce l'inquietudine del pediatra di famiglia di oggi: dal constatare che i bisogni del bambino sono cambiati e che non si riesce ad offrire al bambino con "mlessere", con "disturbi", con "difficoltà", con "paure", le "cure" di cui ha bisogno; dal constatare che i servizi di neuropsichiatria infantile non assicurano la disponibilità ad occuparsi di questi bambini; dal constatare che questi bambini non ricevono da parte della scuola una giusta collocazione che garantisca il raggiungimento di adeguati livelli di apprendimento attraverso percorsi didattici individualizzati; dal constatare che la patologia psichiatrica è destinata a diventare molto probabilmente, nel prossimo futuro, la principale causa di disabilità, di malattia e anche di morte del bambino; dal constatare che la società è cambiata, che è cambiato il modo di fare "il mestiere di medico", che il pediatra di famiglia forse non esiste più, e questo spiega le difficoltà che si hanno, di volta in volta,

nell'attribuzione di una definizione a questa professione: "pediatra di base", "pediatra di libera scelta", "pediatra di famiglia". È una inquietudine che nasce dal constatare, infine, che il pediatra di famiglia ha davanti a sé quotidianamente bambini per i quali non sa fare abbastanza per migliorare il loro futuro.

## Bibliografia

1. Panizon F. Il Tao e la sindrome del pediatra inquieto. *Medico e Bambino* 2002;5:332-6.
2. Vianello R. Difficoltà di apprendimento, situazioni di handicap, integrazione. Junior Ed., 1999.
3. Stella G. La Dislessia. Ed. F. Angeli, 1996:66.
4. DSM-IV. Guida alla diagnosi dei Disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza. Milano: Masson Ed., 2000.
5. Nuzzo V. Il disturbo di attenzione con iperattività. *Medico e Bambino* 2001;9:581-94.
6. Vullo C, Gualtieri L. Anoressia nervosa. *Medico e Bambino* 2001;10:657-63.
7. Biasini GC. Siamo solo pediatri ma è già molto. *Quaderni acp* 2000;1:7.
8. Cosmacini G. Il mestiere di medico. Milano: R. Cortina Ed., 2000.



## NUTRIZIONE ARTIFICIALE E FIBROSI CISTICA

Trieste, 15 novembre 2003

Hotel Jolly Cavour - Sala Tommaseo

- 8.45 Presentazione *A. Ventura*  
 9.00 Nutrizione e infezioni *L. Notarangelo*  
 9.20 Razionale dell'intervento nutrizionale in fibrosi cistica *D. Turck*  
 9.40 Intervento nutrizionale e malattia polmonare: prove di efficacia *L. Giglio*
- 10.00 **Discussione**  
 10.15 *Coffee break*
- 10.30 TAVOLA ROTONDA - La nutrizione artificiale in FC: i punti di vista del medico e dell'infermiere modera *D. Faraguna*  
 - nutrizione enterale *G. Di Leo, V. Taucar*  
 - nutrizione parenterale *M. Candusso, C. Loganes*  
 - il commento dello psicologo *S. Perobelli*
- 12.30 **Discussione**  
 13.00 Colazione di lavoro  
 14.30 Le novità viste dall'industria

Casi clinici ed esperienze in nutrizione artificiale in FC  
 Esperienza dei Centri Specialistici FC (casi clinici ancora una volta visti con l'occhio del medico e con quello dell'infermiere) commentati da *B. Assael e F. Marchetti*

- 15.00 PRIMA PARTE  
 16.15 *Coffee break*  
 16.30 SECONDA PARTE  
 17.45 **Discussione**  
 18.15 Fine dei lavori

### Segreteria scientifica

Luisella Giglio, Carmen Loganes, Alessandro Ventura  
 IRCCS "Burlo Garofolo" - Trieste  
 Tel. 040 3785258 e-mail: giglio@burlo.trieste.it  
 Tel. 040 3785306 e-mail: loganes@burlo.trieste.it  
 Tel. 040 3785315 e-mail: ventura@burlo.trieste.it

### Segreteria organizzativa

Quickline s.a.s.  
 via S. Caterina da Siena 3, 34122 Trieste  
 Tel. 040 773737 - 040 363586  
 Fax 040 7606590 - cell. 333 5223519  
 e-mail: info@quickline.it