



Educazione alla salute o sviluppo dell'autonomia genitoriale?

Il counselling nella relazione fra pediatra e genitore

MICHELE GANGEMI¹, SILVANA QUADRINO²

¹Pediatra di Famiglia, Società Italiana di Counselling Sistemico; ²Scuola Superiore di Counselling Sistemico CHANGE

Se si dovesse identificare in un unico scopo la funzione del pediatra, o comunque nello scopo principale, crediamo che non ci sarebbe nessun dubbio a rispondere che il suo ruolo è quello di rinforzare la famiglia: di aiutare a crescere l'autostima e l'autonomia e al tempo stesso la salda identificazione nel proprio ruolo della mamma e del papà, e a far crescere la responsabilità nel bambino. L'arte del counselling è la stessa arte majeutica di Socrate: tirare fuori da ciascuno il meglio di sé.

Ogni volta che la parola "educazione" (figuriamoci poi la parola "pedagogia", con la sua radice infantilizzante...) compare ad indicare momenti comunicativi e relazionali fra adulti, rischia di creare un certo fastidio. L'educazione presuppone un educatore. Presuppone, quel che è peggio, qualcuno che viene educato, che è disposto a essere educato.

Il paradosso con cui si scontra chiunque voglia attuare interventi di educazione sanitaria ruota proprio su questa compresenza di obiettivi parzialmente inconciliabili: educare, modificare, far cambiare e, contemporaneamente, aumentare la capacità di decisione, la capacità di scegliere, di orientarsi fra indicazioni diverse.

I paradossi, come tutti sanno, non si possono sciogliere a colpi di spada: far finta che la contraddizione non esista e limitarsi a interventi predicatori, minacciosi o direttamente prescrittivi, non ha mai funzionato, meno che mai nella relazione medico-paziente finalizzata all'educazione sanitaria. I comportamenti, soprattutto quelli meno spontanei, richiedono motivazione, e la motivazione nasce da scelte consapevoli e autonome.

Il pediatra che incontra o scopre, nel suo intervento con una famiglia, scelte e

HEALTH EDUCATION OR PROMOTION OF PARENTAL AUTONOMY?

(*Medico e Bambino* 20, 683-685, 2001)

Key words

Parenting, Counselling

Summary

The paradox of any educational intervention in medicine stays in the difficulty of conciliating two different objectives: to provide information and guidance and to improve the patient's capability of autonomus decision-making. Behavioural changes require motivation and motivation stems from conscious and autonomous choices, which is exactly what counselling is intended to strenghten. The Authors provide a brief introduction to the principles of counselling ans stress the usefulness of counselling skills for the family doctor.

comportamenti che dovrebbero essere modificati, si trova a scegliere fra due obiettivi:

□ Dire ai genitori che la loro convinzione, o la loro scelta, è sbagliata, aggiungendo a questa indicazione tutti i rinforzi che gli riesce di utilizzare (spiegazioni scientifiche, descrizione più o meno minacciosa dei rischi, tecniche persuasive, rimproveri ecc.);

□ Scoprire insieme a loro come si è costruita quella convinzione, e cercare (sempre insieme a loro) una direzione di cambiamento condivisibile e praticabile.

Proviamo a ricorrere a un esempio concreto per spiegarci meglio.

I genitori di un bambino di 13 mesi comunicano al pediatra di non voler più sottoporre il piccolo al vaccino MMR; hanno letto che esisterebbe una correlazione fra vaccinazioni e autismo¹.

Tralasciando la specificità della situazione, possiamo utilizzare alcune delle riflessioni e delle indicazioni degli Autori dell'articolo da cui abbiamo tratto il caso, collegandole con quelle che consideriamo le tecniche di base dell'intervento di counselling.



**IL SAPERE DEL PEDIATRA
E IL SAPERE DEI GENITORI**

Il punto di partenza di un intervento educativo spontaneo parte da ciò che il professionista sa, e vuole comunicare ai genitori. Questo "sapere" del pediatra si basa su almeno tre aspetti certi e scientificamente dimostrabili.

1. Evidenza

Il medico preparato possiede dati scientifici sufficienti a smentire l'affermazione dei genitori, sia per quel che riguarda la correlazione vaccinazioni-autismo, sia per quel che riguarda le più recenti ipotesi sull'origine dell'autismo.

2. Rischi

Il medico sa con certezza che i rischi di reazioni alla vaccinazione MMR non comprendono l'autismo. Per contro, i rischi derivanti dalla mancata vaccinazione sono seri e importanti.

3. Il caso specifico

Il pediatra conosce il bambino e la sua famiglia. Sa che il bambino non ha avuto reazioni alle altre vaccinazioni e che non manifesta sintomi che facciano pensare a possibili controindicazioni al vaccino.

Tutto questo è quanto il medico sa e può dire ai genitori.

Con quali speranze di modificare la loro convinzione e i loro timori?

I comportamenti e le scelte - non solo quelle che riguardano la salute - nascono da ciò che ciascuno di noi sa (o crede di sapere) e da ciò che teme, e vuole evitare, o desidera, e vuole ottenere² (Tabella I).

Le conoscenze e le motivazioni al comportamento di una famiglia si sono costruite nel tempo, si sono consolidate, in molti casi sono state completate e rinforzate selezionando le informazioni che le convalidano e scartando quelle che le smentiscono. Sono, se non inattaccabili, quanto meno abbastanza resistenti.

Il comportamento comunicativo "spontaneo" («Adesso vi dico, vi spiego, vi faccio ragionare, così capirete che io ho ragione e voi torto») ha ben poche speranze di successo. Quello che possiamo ottenere è forse un ascolto educativo, forse un'adesione momentanea e formale alle nostre indicazioni. Forse, se il medico è molto autoritario e la famiglia molto condiscendente, possiamo anche ottenere in quel momento e in quell'occasione il comportamento desiderato.

Area delle conoscenze dei genitori	Area delle informazioni
<p><i>Quello che i genitori</i></p> <p><input type="checkbox"/> sanno</p> <p><input type="checkbox"/> credono di sapere</p>	<p><i>Quello che il professionista</i></p> <p><input type="checkbox"/> vuole che il paziente sappia</p>
Area dei comportamenti	Area delle indicazioni di comportamento
<p><i>Quello che i genitori</i></p> <p><input type="checkbox"/> Fanno abitualmente</p> <p><input type="checkbox"/> Sono disposti a fare</p> <p><input type="checkbox"/> Temono di non poter fare</p> <p><input type="checkbox"/> Vogliono evitare</p>	<p><i>Quello che il professionista</i></p> <p><input type="checkbox"/> vuole che i genitori facciano</p>

Tabella I

Ma molto difficilmente otterremo quella modificazione stabile delle convinzioni e delle motivazioni al comportamento che è il vero obiettivo dell'educazione alla salute.

CERCARE INSIEME

Non sempre la strada migliore è quella che sembra più diretta e più breve. L'apparente semplicità degli interventi («Vi dico, vi spiego, vi convinco») ci riserva delusioni frequenti, ma evidentemente non sufficienti per convincerci ad abbandonarla.

Eppure, se l'obiettivo che il pediatra vuole raggiungere non è dire ma ottenere comportamenti desiderabili, la rinuncia alla strada apparentemente più diretta si impone.

Il percorso educativo parte infatti da domande che il pediatra utilizza per:

- precisare e completare il significato delle richieste dei genitori;
- precisare e completare il quadro delle informazioni in loro possesso senza svaloriare scelte, informazioni, timori della famiglia, e senza lasciarsi trascinare in giudizi di valore nei loro confronti.

Ad esempio: i genitori che dicono «Abbiamo letto che il vaccino può provocare l'autismo nei bambini» ci stanno davvero dicendo che non vogliono più vaccinare il loro bambino? Siamo certi che sia questa l'unica cosa che ci stanno chiedendo? Se ci fermiamo a questo primo significato, l'unica via che vediamo è una contrapposizione, basata sull'evidenza e sui rischi («non è possibile, quello che dite non è provato e i rischi di fare come chiedete sono molto alti»).

L'abilità comunicativa del pediatra può consentire invece di "aprire" la richiesta dei genitori, ampliarla e dirigerla verso un terreno meno conflittuale. Le domande tracciano un percorso di inda-

gine, da percorrere insieme ai genitori:

1. Che cosa hanno letto, che informazioni hanno raccolto su quell'argomento?
2. Con chi ne hanno parlato?
3. Che cosa temono soprattutto?
4. Che cosa vorrebbero sapere di più preciso?

È a questo punto che il sapere del pediatra può utilmente trasformarsi in intervento informativo, integrando e non contraddicendo il sapere dei genitori, e utilizzando la competenza comunicativa per scegliere le informazioni essenziali, esprimerle in modo chiaro e graduale, supportarle con esempi, inviti a esprimere i dubbi, sintesi, materiali scritti ecc.

DAL DIRE AL FARE

L'obiettivo di un intervento realmente educativo, capace di aumentare le capacità di scelta e l'autonomia responsabile dei genitori, è quello di ampliare la gamma dei comportamenti adeguati, e di far superare difficoltà e ostacoli che li rendono difficili.

È chiaro quindi che non possiamo fermarci al passaggio di informazioni, per quanto corretto possa essere, e neppure accontentarci del successo della prima fase del colloquio, che ci ha consentito di raccogliere e completare le informazioni dei genitori.

La fase successiva consiste nel rafforzare e stabilizzare i comportamenti desiderabili; lo strumento è la qualità della relazione pediatra-genitori.

Sia a conclusione della fase informativa che nei successivi incontri con i genitori il pediatra dovrà:

- rendere più positivo ciò che i genitori fanno nei confronti del bambino;
- non sottovalutare la loro difficoltà nel realizzare un comportamento che inizialmente avevano escluso;

- individuare possibili "alleati" nel mantenimento della decisione;
- rendere possibile la comunicazione di eventuali "disobbedienze".

Il pediatra, muovendosi in questa direzione, ottiene un risultato importantissimo: se teniamo presente che ogni comunicazione ha aspetti di contenuto (di cosa stiamo parlando) e aspetti relazionali (questa è la mia opinione nei vostri confronti), una comunicazione come quella che abbiamo descritto comunica, sul piano relazionale, il messaggio: «Sono certo che siete in grado di fare il meglio per il vostro bambino. Il mio compito è aiutarvi a scegliere il comportamento più vantaggioso, e aiutarvi ad attuarlo anche quando incontrate delle difficoltà».

L'atteggiamento educativo, in sostanza, non nega le difficoltà dei genitori, e non si trasforma in giudizio o in rimprovero di fronte a eventuali insuccessi o

successi parziali. La posizione che il pediatra propone loro non è una relazione di semplice obbedienza alle sue prescrizioni (posizione che innesca inevitabilmente comportamenti di disobbedienza nascosta, o di falsa adesione), ma di condivisione di obiettivi.

Le competenze che il pediatra deve saper utilizzare per realizzare interventi di questo genere sono quindi sia di tipo tecnico-scientifico (informazioni aggiornate, dati scientifici, progressi recenti ecc.) che di tipo comunicativo-relazionale³. Fra queste, in particolare, la capacità di dare informazioni utilizzabili e di negoziare comportamenti efficaci e realmente realizzabili, che rappresentano la base delle competenze di counselling utilizzabili nell'intervento sanitario.

Non possiamo negare che il tempo e la formazione sono importanti ostacoli per mettere in pratica nell'attività ambulatoriale quanto sopra esposto. Va però

sottolineato che il pediatra di famiglia può instaurare un rapporto duraturo nel tempo, e ha un ruolo privilegiato nell'aiutare e sostenere i genitori nel loro ruolo.

Bibliografia

1. Harnden A, Shakespeare J. MMR immunisation. *BMJ* 2001;323:32.
2. Gangemi M, Quadrino S. Il counselling in pediatria di famiglia. Torino: UTET, 2000.
3. Venturelli L, Caso G, Marengoni B. L'educazione alla salute in pediatria di famiglia. Torino: UTET, 2000.



ACP Associazione Pediatria di comunità

CORSO ITINERANTE DI PEDIATRIA DI COMUNITÀ " COME SI ORGANIZZA ... "

Durata - 4 moduli residenziali per un totale di 85 ore di lezioni ed esercitazioni

Partecipanti - 25-30 persone

Metodologia didattica - Brevi introduzioni metodologiche e di approfondimento specifico dei temi trattati seguite da lavori in piccoli gruppi con tutor e plenarie di presentazione dei lavori e discussione guidata. Ogni modulo termina con la presentazione da parte di uno dei relatori della sua esperienza specifica presso la propria AUSL sul tema trattato.

Direttore del corso - Prof. *Giancarlo Biasini*

1° Modulo 25-26 febbraio 2002 (Ferrara)

Come si organizza una rete di promozione e sostegno all'allattamento al seno

Come si organizza un intervento di profilassi delle malattie infettive in comunità

2° Modulo 21-23 marzo 2002 (Bologna)

Come si organizza una strategia vaccinale

Come si organizza l'ambulatorio vaccinale

Come si organizza la raccolta dati informatizzata per un servizio vaccinale

3° Modulo 15-16 aprile 2002 (Cesena)

Come si organizza lo screening dell'ambliopia

Come si organizza un registro aziendale per le malattie croniche

4° Modulo 15-17 maggio 2002 (Cesena)

Come si organizza un servizio di dietetica di comunità

Come si organizza un progetto di educazione alla salute

Come si organizza la raccolta dati per la relazione annuale di servizio

Tassa di iscrizione

Medici

Soci ACP € 800.000 - Euro 413

Non soci ACP € 1.000.000 - Euro 516

Infermieri e specializzandi

Soci ACP € 600.000 - Euro 310

Non soci ACP € 800.000 - Euro 413

È possibile l'iscrizione anche a un solo modulo con le seguenti tasse di iscrizione

Medici

Soci ACP € 250.000 - Euro 129

Non soci ACP € 300.000 - Euro 155

Infermieri e specializzandi

€ 250.000 - Euro 129

La quota non comprende le spese alberghiere e le cene che sono a carico di ogni partecipante.

Le iscrizioni si chiuderanno il 20/1/02

Per informazioni e/o iscrizioni

Chiara Cuoghi fax 0532235502 e-mail ccuoghi@libero.it

Massimo Farneti fax 0547352142 e-mail mfarneti@ausl-cesena.emr.it