

La pediatria di famiglia, ieri e oggi

VINCENZO CALIA¹, MICHELE GANGEMI²

¹Pediatra di famiglia, Roma; ²Pediatra di famiglia, Verona

L'articolo "Valutazione dell'organizzazione dell'attività ambulatoriale dei pediatri di famiglia: cosa è cambiato in 15 anni" di Roberto Bussi, Vitalia Murgia e Franco Pisetta (pag. 307) suscita non poche considerazioni. Oltre al suo valore di riflessione sullo "stato dell'arte" e di descrizione di una realtà che ci riguarda tutti molto da vicino, quello che mi ha colpito è l'affermazione contenuta nella premessa: *"In 20 anni, a una popolazione demografica in netto calo è corrisposto un netto aumento dello stato di salute dei bambini; il benessere sociale, le vaccinazioni di massa e la prevenzione hanno fatto sostanzialmente diminuire la morbilità grave, con riduzione costante della mortalità infantile. Nel contempo ai cambiamenti del contesto sociale e al crescere del fenomeno dell'immigrazione è corrisposta un'evoluzione importante della richiesta di cure. Gli accessi al Pronto Soccorso sono aumentati del 400%: questo nonostante il pediatra di famiglia abbia adottato modalità di lavoro sempre più orientate a risolvere questo fenomeno, e quelli al pediatra di famiglia del 300%."* Il fenomeno non era passato certo inosservato a chi, come me, fa il pediatra di famiglia, ma vedere questo incremento (e questo cambiamento) della nostra attività così esplicitamente quantificato fa una certa impressione.

Quanto tempo può reggere un servizio che viene sottoposto a un incremento di questo tipo delle richieste provenienti dall'utenza? *"I nuovi bisogni sono causati in particolare dal fatto che a malattie sempre più banali corrispondono una sempre minore tolleranza e capacità di gestire i problemi da parte della famiglia. I disturbi, anche comuni e banali del bambino, vengono vissuti*

come eventi quasi inaccettabili, con richiesta di soluzioni immediate".

Così gli Autori dell'articolo descrivono le richieste che il pediatra si sente rivolgere. C'è da chiedersi come potranno affrontare serenamente lo svolgimento della professione migliaia di pediatri costretti a confrontarsi con un simile atteggiamento. E ancora: come si concilierà in futuro questa dilagante "pediatrizzazione" della vita quotidiana dei bambini e delle loro famiglie, con l'inevitabile contrazione del numero dei pediatri e l'altrettanto inevitabile riorganizzazione del servizio, che non potrà non prevedere un aumento del numero di assistiti per ciascun pediatra?

Non so se qualcuno si è posto concretamente questi problemi, ma i segnali che vedo non sono certo incoraggianti. La risposta che si profila¹ è quella più ovvia e probabilmente più sbagliata: un aumento dell'offerta di prestazioni (chiedete e vi sarà dato). I pediatri di famiglia vengono indotti a costituire strutture capaci di erogare visite continuamente (per "fare concorrenza" ai Pronto Soccorso degli ospedali), mentre gli ospedali apriranno ambulatori di pediatria generale (per "fare concorrenza" ai pediatri di famiglia). Il risultato sarà probabilmente la rapida saturazione di tutte queste strutture a cui saranno richieste prestazioni sempre più banali e inappropriate, in una spirale senza fine destinata a generare ulteriore insoddisfazio-

Nota 1. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali - Direzione Generale della programmazione sanitaria Ufficio V: *Linee guida per progetti di sperimentazione inerenti "Modalità organizzative per garantire l'assistenza sanitaria h 24: riduzione degli accessi impropri alle strutture di emergenza e miglioramento della rete assistenziale territoriale"*.

ne. Insomma, per dirla tutta, se questo aumento esponenziale dei "nuovi bisogni" corrisponde a un miglioramento delle condizioni di salute, a una diminuzione delle malattie e porta a un'impressionante banalizzazione del ruolo professionale del pediatra (come emerge dal lavoro di cui stiamo parlando), assecondarlo è semplicemente inutile.

Forse bisognerebbe pensare a una soluzione meno semplice, ma più produttiva, che parta dal presupposto che un servizio di assistenza sanitaria, accessibile senza limiti e senza vincoli economici, tende a diventare economicamente e organizzativamente insostenibile, e corre perciò il rischio di collassare, con grave danno per chi ne ha effettivamente bisogno e per chi ha fatto la scelta professionale di operare al suo interno. L'alternativa, secondo me, dovrebbe basarsi su un capovolgimento del modo con cui noi pediatri siamo abituati a dare risposte ai nostri pazienti. Finora abbiamo istintivamente cercato di allargare la nostra area di influenza professionale (siamo in buona compagnia: lo fanno tutti i nostri colleghi e molti altri professionisti). Soltanto qualche esempio.

"L'alimentazione? È un problema di salute: ti dico io cosa e quando tuo figlio deve mangiare!"

"La frequenza scolastica? Dipende dalle condizioni di salute: ti darò io il certificato per andare o non andare a scuola, per assentarti dal lavoro o per andare al campo scout."

"Un trauma? Può essere pericoloso: sarò io a decidere il da farsi."

"La crescita? Se non ti pesa e ti misura il pediatra non saprai mai se è tutto normale."

"Vai al mare? Fermo là: ecco il tuo filtro solare."

Io credo che invece dovremmo attivare una strategia del “No” capace di respingere al mittente tutte le richieste inappropriate. “Scusami sai, ma io sono un medico e proprio non so dirti se puoi tagliare le unghie al tuo bambino o se la canottiera di lana è preferibile a quella di cotone.” Detta così sembra quasi una cattiveria, ma se ci si pensa bene è esattamente il contrario: se impara a dire di no il pediatra restituisce competenza alla famiglia e insieme alla competenza le dà anche sicurezza e serenità.

E già, ma chi ci compenserebbe della perdita di influenza e di ruolo pro-

fessionale? E come riempiremmo il “vuoto” che si creerebbe nella nostra vita? Credo che la soluzione possa venire proprio da quella contrazione del numero dei pediatri che ora ci sembra un problema: meno pediatri, meno tempo per occuparsi di banalità, più spazio alla professionalità, più soddisfazione. E chi sa che non venga persino un drastico sfrondamento delle figure mediche che si affollano intorno ai nostri bambini: emblematico il caso di un ipotetico (ma neppure tanto) bambino romano di due anni, che frequenti un asilo nido e una piscina: ha un pediatra di famiglia, forse ne ha un

altro che lo visita ogni tanto privatamente, un pediatra lo visita periodicamente al nido, un altro ancora gli fa le vaccinazioni e poi, *dulcis in fundo*, un medico sportivo si accerta scrupolosamente che sia idoneo all'attività sportiva non agonistica.

E allora, non sarà il caso di rievocare un proverbio latino dimenticato che diceva *Est modus in rebus*, più prosaicamente, ma altrettanto efficacemente tradotto con il nostro “il troppo stroppia”?

Indirizzo per corrispondenza:

Vincenzo Calia

e-mail: calia.vincenzo@gmail.com

Tra i messaggi chiave dell'articolo di Bussi e collaboratori spicca: “*Il 100% dei pediatri svolge un'attività sistematica di educazione sanitaria*”.

Credo che questo aspetto meriti qualche considerazione più approfondita, con l'intento di capire qualcosa di più. Proviamo ad andare al di là di quanto risulta dall'indagine padovana che, naturalmente, riporta il punto di vista dei pediatri stessi.

Dice la Sclavi nel suo libro *L'arte di ascoltare e mondi possibili* che, per capire il proprio punto di vista, bisogna cambiare punto di vista e allora proviamo a cambiare l'angolo di visuale.

Se si parla di educazione in senso etimologico, ci si riferisce al latino e il significato vero è “*tirar fuori*”, più che aggiungere. Il pediatra, pur con le migliori intenzioni, continua a lanciare messaggi scientificamente corretti e ascolta ancora troppo poco. Se non si parte da quello che il genitore sa o crede di sapere attraverso l'ascolto attivo, abbiamo poche possibilità che le nostre proposte siano accolte da coloro i quali le dovrebbero mettere in pratica.

La ricaduta dei nostri messaggi e delle nostre proposte di cambiamento in ambito sanitario non viene quasi mai misurata, per cui è difficile capire quanto siamo incisivi e che risultati reali otteniamo con la presunta educazione sanitaria. Una proposta concreta potrebbe essere quella di condurre uno studio formale in questo ambito.

La campagna *Genitori più*, che ha preso le mosse dal progetto 6+1, ha avuto il merito di investire sia nella comu-

nicazione di massa (internet, televisione, carta stampata) che nella comunicazione sul singolo e sta tentando una non facile valutazione dell'impatto sui genitori. Il processo di comunicazione (metto in comune e non informo solamente) deve essere visto nella sua globalità e non può essere ristretto al singolo operatore sanitario. Se un messaggio deve essere recepito dalla società, non solo sanitaria, bisogna che i vari operatori siano concordi tra loro e che il messaggio sia basato su robuste prove di efficacia.

Un primo punto su cui migliorare la nostra performance è la costruzione di una rete, per niente scontata, che sia convinta della bontà del contenuto scientifico e che collabori alla diffusione dell'informazione nei vari ambiti professionali.

Il pediatra di famiglia, per quanto autorevole, non può pensare di essere al centro del processo di cambiamento che, in realtà, ha come target il genitore.

Il contesto ideale per l'educazione alla salute (termine più ampio e corretto rispetto a “sanitaria”) è il bilancio di salute, ma questo richiede un tempo adeguato, sia cronologico che mentale, e prevede la costruzione di un rapporto di fiducia che matura nel tempo.

La fiducia nell'interlocutore è uno dei determinanti principali per accogliere le proposte che cerchiamo di veicolare e quindi si capisce che la formazione alla comunicazione-relazione sia indispensabile.

Nella formazione nazionale della campagna *Genitori più*, la principale ri-

chiesta espressa è stata una formazione specifica alla comunicazione-relazione. Va chiarito che non restringiamo il tutto alle abilità di *counselling*, ma che una formazione alla comunicazione-relazione non può non essere inserita nel curriculum universitario.

Ritorniamo all'educazione alla salute per capire cosa è auspicabile che il pediatra di famiglia possa fare. Innanzitutto condividere i materiali con quanti si occupano del bambino a vario titolo e poi preoccuparsi di facilitare l'*empowerment* da parte delle famiglie. Nell'educazione alla salute abbiamo un'ulteriore difficoltà che consiste nel fatto che il genitore non si rivolge a noi con una precisa richiesta di aiuto, a differenza dell'abituale pratica medica in cui vi è una implicita richiesta di guarigione. Sono gli operatori sanitari che devono aiutare la presa di coscienza rispetto a un problema di salute o a uno stile di vita che spesso i genitori non considerano nocivo (vedi corretta posizione in culla, fumo passivo, mancata assunzione di acido folico).

Empowerment significa cedere potere all'altro che viene facilitato nel processo di cambiamento auspicato dal sanitario. Siamo proprio sicuri di essere disposti a cedere il nostro potere?

Credo che tutta la pediatria debba interrogarsi su questo se vuole vedere “oltre lo specchio”.

Indirizzo per corrispondenza:

Michele Gangemi

e-mail: migangem@tin.it