

Tra rischi e risorse, la sfida della prevenzione

La pediatria sembra osservare perplessa le cifre dei "nuovi bisogni" che la cronaca, più ancora dei convegni scientifici, inevitabilmente pone alla ribalta. La droga ha causato 15.000 decessi in giovani adulti nell'ultimo decennio: più dei tumori nello stesso gruppo etario, con un aumento di oltre il 100%, dai 543 del 1987 ai 1217 del 1992¹. Al di qua di questo evento estremo, almeno 100 volte tanti casi di tossicodipendenza, con i correlati di malattia e sofferenza per loro e per quanti cercano di stargli vicino. Per suo conto, si stima che in Italia l'abuso riguardi da 4 a 6 bambini su mille², e che di questi 1 caso su 6 sia di abuso sessuale: una prevalenza maggiore di quella di molte patologie pediatriche tradizionali, e una prognosi probabilmente peggiore. Il dibattito sul tema delle tossicodipendenze è centrato sui temi del recupero, la prevenzione di cui si parla è quella del danno irreversibile ed è soprattutto sulle diverse strategie per raggiungere questo obiettivo che si sviluppa il confronto. Simile per certi versi è il percorso su altre emergenze: sul tema dell'abuso ci si confronta essenzialmente sui temi della diagnosi precoce, della segnalazione, e quindi sul lavoro con e per le famiglie per circoscrivere, recuperare, limitare il danno. Di fronte al problema, che così posto effettivamente appare fuori dalla portata del pediatra (le tossicodipendenze) o limitato alla segnalazione (l'abuso) gran parte dei pediatri non si sentono chiamati in causa, e si limitano a constatare i fatti, facendone oggetto di discussione per lo più teorica in convegni e gruppi di lavoro.

Non sarà invece il caso di porsi seriamente il problema della prevenzione vera e propria nei confronti di tutta questa area di problemi, e di interrogarsi sul ruolo del pediatra in tutto questo? Come d'altra parte non smettono di ricordarci coloro, operatori dei SERT o dei servizi di psichiatria dell'età evolutiva, che devono raccogliere i cocci di storie che hanno il loro inizio molto precocemente e dunque sotto quelli che dovrebbero essere i nostri occhi? Non sarà che questa pediatria, prontissima a ricercare e perseguire le benché minime possibilità di prevenzione nel campo delle malattie tradizionali (vedi la malattia invasiva da Hib, quasi 50 miliardi all'anno per prevenire 200-300 casi all'anno con una letalità del 2-4%)³ sta perdendo progressivamente di vista la transizione epidemiologica e i nuovi problemi? Altrove sembrano muoversi diversamente: il Royal College of Paediatrics ora è Royal College of Paediatrics and Child Health; degli ultimi 30 numeri, pari a circa 5 anni, di *Pediatric Clinics of North America*, ben 5 sono interamente dedicati a temi quali la dipendenza, l'abuso, i disturbi dell'apprendimento e di comportamento, il lavoro con le famiglie. Vi sono diverse ragioni per questa inerzia, prima fra tutte l'assoluto prevalere tra i medici di una obsoleta monocultura organicista. E si potrebbero anche chiamare in causa italici vizi, da cui evidentemente i medici non sono immuni, quali l'eccessiva indulgenza verso se stessi, o la tendenziale omertà che coinvolge tutte le questioni riconducibili alla famiglia, come sono essen-

zialmente quelle di cui stiamo trattando. Ma, pur utile, l'analisi rischia di portare lontano. È meglio vedere se un qualche itinerario può essere delineato e percorso.

Porsi il problema della prevenzione, si diceva. Come? Il presupposto ovvio di ogni prevenzione è una buona teoria eziopatogenetica, la conoscenza delle cause, delle concause o almeno dei fattori di rischio. Non a caso sull'Hib o sulla talassemia si è più avanti che sui tumori. Quando si tratta di dipendenza sia da alcool che da droghe, o di maltrattamento, o ancora di disadattamento, è evidente che ci si trova di fronte a fenomeni in cui modelli causali lineari (peraltro raramente sufficienti anche a spiegare eventi patologici squisitamente organici come le malattie infettive) non possono essere validi. Né probabilmente possono bastare modelli unici, ancorché complessi. Per spiegare le dipendenze, ad esempio, è stato fatto ricorso a diverse teorie eziopatogenetiche. Queste probabilmente - come sostenuto nell'articolo di Solitto in questo numero di M&B, laddove si distinguono le tossicodipendenze "sociopatologiche" da quelle essenzialmente dovute a una organizzazione disfunzionante delle relazioni familiari, e da quelle su base psicopatologica franca - valgono in misura diversa in casi e contesti diversi e non è detto che siano mutualmente esclusive. Analogamente, nel dibattito che ha preceduto e poi in parte caratterizzato il Convegno di Napoli sul bambino a rischio sociale⁴, operatori di Milano e di Padova sostenevano a ragion veduta il carattere trasversale, "interclassista" dell'abuso, quindi il prevalere del disturbo relazionale intrafamiliare come elemento patogeno, quindi ancora la priorità dell'intervento con le famiglie. Mentre i nostri colleghi di Napoli ribattevano con l'evidenza delle cifre il rischio maggiore di ricovero ripetuto, trascuratezza, abbandono scolastico in famiglie con caratteristiche di svantaggio socioeconomico, sottolineando da una parte la rilevanza e l'urgenza di politiche sociali maggiormente protettive per l'infanzia e dall'altro un utilizzo degli indicatori di rischio sociale per indirizzare uno sforzo particolare da parte dei servizi, a partire dall'evento nascita.

Dunque diversi modelli interpretativi possono tutti contribuire a una migliore comprensione del fenomeno, restando particolarmente validi in alcuni casi e in alcuni contesti. Per avere un punto di riferimento unitario e relativamente semplice, e restando molto sulle generali, il pediatra potrebbe riferirsi al *modello biopsicosociale*, che contempla l'interazione, nel determinismo di eventi morbosi di varia natura, di fattori genetici, fattori psicorelazionali inerenti all'organizzazione delle relazioni e dei ruoli familiari nella famiglia (intesa come successione di più generazioni), e fattori sociali (educazione, lavoro, immigrazione, residenza in quartieri degradati ecc.). Questo modello, la cui validità si sta peraltro dimostrando per tutta una serie di condizioni immaginate finora vuoi come esclusivamente organiche (vedi il disturbo nella produzione del GH da stress familiare)⁵ vuoi come esclusivamente psicosociali (vedi i fattori genetici

ben dimostrati nell'alcolismo)⁶, sembra poter costituire un utile, anche se ancora generico, punto di riferimento per il pediatra per sviluppare una sua capacità di individuare le vulnerabilità, i rischi del piccolo paziente nel contesto che gli è proprio, a partire dalla famiglia. Purché naturalmente ne comprenda l'importanza, voglia farlo, e sia disposto a qualche sacrificio per acquisire strumenti anche semplici: di lettura della situazione familiare, di acquisizione di informazioni sul contesto dei suoi pazienti.

Uno degli aspetti da curare in particolare, ma non solo, per il pediatra di famiglia è dunque l'individuazione di fattori di rischio; che siano però rilevabili in epoca sufficientemente precoce e in età utile per un intervento da parte del pediatra, quindi nei primi anni di vita e comunque non oltre i 10-12 anni. Nell'articolo già citato di Solitto ne sono enumerati diversi, relativi alle dipendenze e tuttavia non necessariamente specifici per queste, alcuni dei quali però lasciano al pediatra poco spazio d'azione: che fare infatti se il genitore è vedovo, o ha un basso livello d'istruzione? e non sarà ormai fuori dalla portata del pediatra, per motivi di età, chi frequenta coetanei che si bucano, o chi fa precoce uso di alcool o droghe "leggere", e chi "fa difficoltà a svincolarsi dalla propria famiglia"? Diverso è il caso del fallimento scolastico nelle sue varie forme: evasione, elusione e fallimento vero e proprio. Un'indagine dell'osservatorio epidemiologico del Lazio, condotta su 303 minori in trattamento presso strutture di riabilitazione per tossicodipendenza, evidenzia in effetti che solo il 6% avevano raggiunto un titolo di studio superiore e solo il 61% quello della media inferiore. E se andiamo a vedere le storie scolastiche anche di questi ultimi, troveremo una buona percentuale di ripetenti e pluriripetenti. Il fallimento scolastico è una situazione rivelatrice di problemi diversi, spesso plurimi, che vanno innanzitutto compresi. Il pediatra non può, come a volte accade, esserne all'oscuro.

Al di là degli elenchi proposti in varie sedi, è importante che i pediatri stessi, utilizzando il modello biopsicosociale di riferimento, sappiano riconoscere i fattori di rischio appartenenti alla sfera *biologica* (vulnerabilità proprie del bambino quali malattie croniche), *psico-relazionale* (carenze nella struttura e nelle funzioni familiari), *sociale* (deprivazioni socio-culturali) nonché gli "eventi sentinella" (ricoveri ripetuti, difficoltà scolastiche, problemi comportamentali e di sviluppo) che meritano un'attenzione speciale, un maggiore ascolto della realtà a partire dalla famiglia, un contatto con altre agenzie (scuola, altri servizi) per cominciare a dare un nome ai problemi.

E tuttavia il solo modello basato sull'individuazione dei rischi non può essere sufficiente. Può anzi essere pericoloso. Non sappiamo infatti quanto un operatore relativamente "ingenuo" da un punto di vista relazionale, come il pediatra, sia in grado di utilizzare al meglio queste conoscenze. Che farà? Segnerà ai servizi, dove esistono, i casi a rischio? Con quale "contratto" con la famiglia? Aperto, esplicito? E quale garanzia di una risposta adeguata da parte dei servizi?

E poi: queste storie non sono solo la risultante della presenza di uno o più fattori di rischio.

C'è da chiedersi, per esempio, come mai anche in una situazione a forte determinismo familiare come l'alcolismo su 100 figli di alcolisti solo una minoranza diventano alcolisti. Come mai da famiglie apparentemente deboli, con forti contrasti, stressate da eventi esterni sfavorevoli, alcuni ragazzi emergano

forti, autonomi, in grado di cavarsela. Un altro contributo di questo numero di M&B, quello di Roser a proposito dei figli di genitori separati, è utile a comprendere come lo stesso evento possa portare ad esiti alquanto diversi. Evidentemente, nel modello biopsicosociale a cui si accennava, operano non solo elementi di *rischio* ma anche elementi di *protezione* (così come ci sono le proteine che proteggono dall'AIDS, esistono le relazioni che proteggono dagli eventi sfavorevoli e le comunità che riescono a far fronte alle difficoltà di alcuni suoi componenti). Ci sono le risorse dell'individuo, della famiglia e della comunità di riferimento: l'amore per il disegno, uno zio un po' strano ma presente, un'associazione sportiva possono riuscire dove non riesce, da solo, l'operatore o il servizio. Si fa strada dunque accanto al concetto di vulnerabilità quello di "resilience", la capacità cioè di resistenza e di recupero, propria degli individui ma anche dei gruppi. È fondamentale sapere che ciò accade, capire perché accade e fare in modo che ciò accada. E conoscere accanto ai fattori di rischio i fattori di protezione, le risorse già attive o da attivare. Una crescente mole di lavori è stata dedicata a identificare questi fattori, e li ha proposti al pediatra⁷.

La teoria, dunque, viene completandosi: da una pura teoria del *rischio*, del danno, cui siamo abituati, a una teoria che contempla anche le *risorse*. Come dalla microbiologia all'immunologia. E come in fondo accade per le vaccinazioni, che producono la risorsa risposta anticorpale e la risorsa memoria immunologica, si tratterà di lavorare per produrre anticorpi e memoria nei confronti della dipendenza, della depressione, dell'illegalità, della sopraffazione. Da una prevenzione fatta di evitamento (non andare in strada così non ti mettono sotto, non provare a fumare che non ti venga la dipendenza) si deve passare a una prevenzione attiva (metti a frutto le tue capacità, esercita il tuo autocontrollo). Sempre più di questo ci sarà bisogno. Se riusciremo ad aiutare anche una sola famiglia a fare questo, avremo prodotto probabilmente più salute che in un'intera campagna vaccinale.

Qualche addetto ai lavori troverà da ridire per questo tentativo di volgarizzazione di complesse teorie psicodinamiche, sistemiche, sociologiche e di produzione di poche regole pronte per l'uso. È vero che le cose non sono semplici, ma lo è soprattutto perché le nostre conoscenze, e soprattutto conoscenze basate su evidenze ed esperienze, non sono così sviluppate come nei settori biomedici a noi più congeniali. Ed è vero che si può in effetti dire: il pediatra non sa, o forse non vuole. Lasciamo perdere, lasciamo ad altri questo lavoro. Il problema è che questi altri non abbondano, soprattutto altri con la stessa favorevole posizione di osservazione e quindi di intervento che hanno i pediatri. Si potrebbe dire, la scuola. E infatti la scuola evidenzia i problemi, li segnala (a volte a proposito, a volte no, ma lo fa). La scuola, tuttavia, non si è essa stessa ancora impadronita del tutto di una teoria delle risorse. Continua a volte a mortificare più che a far fruttare, come ai tempi di Don Milani. Non basta dunque, anche se è un interlocutore importante, il più importante nella sfida della prevenzione (ed è un grave peccato che il governo in carica abbia abbandonato questa priorità tante volte ribadita in campagna elettorale). Ma in ogni caso la scuola, forse ancora troppo poco, ma si è posta il problema: da anni progetti e circolari ministeriali propongono alla periferia iniziative di prevenzione sui temi della dipendenza, del disagio. E la periferia a volte risponde con iniziative valide,

in collaborazione con i servizi sanitari, o con i comuni. L'anello più debole, c'è poco da fare, siamo noi pediatri, che vediamo per ultimi, sappiamo per ultimi ciò che accade dietro la porta di casa dei nostri assistiti. E dunque c'è un progetto da fare, da scrivere assieme, per l'anno "2000" o magari un po' oltre. Quello di rivedere la nostra collocazione nel campo della salute dell'infanzia e dell'adolescenza, per occuparci con strumenti nuovi di problemi nuovi, o meglio ormai già non più nuovi, ma certo a noi poco noti, per accettare la sfida della prevenzione negli ambiti dove ormai si consumano gran parte dei drammi di vita e di salute di molti bambini e giovani adulti.

La strada forse non è così complessa. Probabilmente la sola decisione di "esserci" per uno o due dei nostri pazienti a rischio e le loro famiglie produrrà effetti misurabili. "Esserci" magari solo per aiutare qualche genitore in difficoltà, ad "esserci" anche lui. Un adulto di riferimento che "c'è", e magari mantiene una relazione civile e affettivamente percepibile con l'altro genitore, anche se non completamente presentabile, bello e glorioso agli occhi della società (ritorna in mente il personaggio interpretato da Dustin Hoffmann in "Eroe per caso"), è spesso la risorsa che manca, quella da preservare o da ricostruire per far sì che prevalga la "resilience".

L'obiettivo è quello di costruire quella che è stata chiamata la pediatria "contestuale"⁸ in grado di leggere il contesto della famiglia (soprattutto, ma non solo, per il pediatra clinico e di famiglia) e della comunità (soprattutto, ma non solo, per il pediatra di comunità) per riconoscerne i fattori di rischio ma anche le risorse su cui puntare per un progetto di prevenzione. Un pediatra capace di acquisire autonome capacità di lettura, ma anche l'abitudine ad interpellare altre fonti di informazione, altri servizi. Un pediatra dotato progressivamente di una qualche capacità "terapeutica", cioè di fornire un consiglio non

improvvisato e non paternalistico, e di una capacità di azione coordinata anche con altri servizi (si veda, in proposito, tutto il volume di Febbraio 1995 di *Pediatric Clinics of North America* dedicato alla pediatria "Family-focused"). Un pediatra che, per acquisire le motivazioni necessarie, il sapere necessario e le relazioni necessarie a far questo, dovrà essere, in misura sempre maggiore, un pediatra che lavora in gruppo.

Le cure primarie del 2000 passano anche di qui ed è una prospettiva per la quale vale la pena muoversi. Alcuni pediatri già lo fanno, questa rivista lo fa con intensità crescente (l'indice di questo stesso numero ne costituisce testimonianza) e potrebbe essere il momento per un confronto più continuo se qualcuno vorrà raccogliere l'invito.

Giorgio Tamburlini

Bibliografia

1. Fonte: Ministero degli Interni. Osservatorio permanente sul fenomeno droga.
2. Di Blasio P: Bambini violati. La paura, la vergogna, il silenzio. *Psicologia contemporanea*, vol. 137, 28-37, sett-ott 1996.
3. Borgnolo G, Barbone F, Perini R, Gasparini V: Vaccinazione anti-Haemophilus influenzae tipo B in Italia. *Medico e Bambino* 3, 26-31, 1996.
4. Cirillo G, Siani P, Tamburlini G (a cura di): *I bambini a rischio sociale: generazioni a perdere o investimento sociale*. Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 1996.
5. Skuse D, Albanese A, Stanhope R, Gilmour J, Voss L: A new stress-related syndrome of growth failure and hyperphagia in children, associated with reversibility of growth-hormone insufficiency. *Lancet*, 348, 353-358, 1996.
6. The disease of alcoholism: the genetic of alcoholism. *The National Council on Alcoholism Medical Scientific Advisory* 4, 1, 1989.
7. Patton LH: Adolescent substance abuse. Risk factors and protective factors. *Ped Clin N Am* 42 (2), 283-293, 1995.
8. Green M: No child is an island. Contextual pediatrics and the "new" health supervision. *Ped Clin N Am* 42 (1), 79-87, 1995.

Alberobello (Bari), 24-26 Ottobre 1997

IX CONGRESSO NAZIONALE dell' ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI

Programma preliminare

Venerdì 24 ottobre

- Figli d'Italia. Quanti, quali e come - *Volpi* (Firenze)
- Gruppo di lavoro ACP. Indicatori-base di salute del bambino
Servono i bilanci di salute? - *Panizon* (Trieste)
- Il bambino con obesità - *Caroli, Chiarappa, Furet* (Bari, Parigi)

- Pomeriggio** - "Dialoghi di scuola e salute": i problemi e le risorse
- I disturbi dell'apprendimento - *Ciotti* (Cesena)
 - La dispersione scolastica - *Siani* (Napoli)
 - Lo sviluppo cognitivo del bambino con handicap - *Cuomo* (Bologna)
 - L'integrazione del bambino a scuola - *Martino* (Ostuni)

Incontro con gli operatori della scuola

Sabato 25 ottobre

- L'immunoterapia in Pediatria - *Armenio* (Bari)
- Il counseling dalla teoria alla pratica - *Bert, Quadri* (Torino)
- Gruppo di lavoro ACP. Statement sulla ricerca in pediatria ambulatoriale
- Le cure per il neonato di basso peso: il sistema della madre-canguro - *Davanzo, Cattaneo* (Trieste)

- Pomeriggio:** (Ri)leggere la celiachia - *Auricchio* (Napoli)
- Gruppo di lavoro ACP. Statement sull'organizzazione delle cure pediatriche
- ASSEMBLEA DEI SOCI ACP

Domenica 26 ottobre

- Riunione dedicata alla ricerca e commento sui lavori presentati*
- I fattori di localizzazione in dermatologia pediatrica - *Bonifazi* (Bari)

(* Inviare i lavori al Dott. Gangemi (via C. Ederle, 36 - 37126 Verona) entro il 30 giugno