

INSEGNARE NELL'AMBULATORIO DEL PEDIATRA DI FAMIGLIA

Questo fuocherello su due contributi, uno top-down, basato su riflessioni, e l'altro bottom-up, basato su un'inchiesta e sugli indici di gradimento, è per un verso "completo" e per un altro verso più ampio, insufficiente ad affrontare un problema centrale, quello del rapporto culturale continuo tra pediatria universitaria e pediatria di famiglia. Rapporto che è qui, in qualche modo, invertito (in realtà bidirezionale) tra tirocinio specializzante (nel corso del quale l'attività verso la famiglia - non incomprensibilmente - non è specificamente considerata) e pediatri di libera scelta, ai

quali viene invece direttamente affidata una funzione di insegnamento. Un rapporto che, per come si svolge nell'ambulatorio territoriale, diventa bilaterale, e solo in questo senso, e quando ci riesce, è potenzialmente produttivo. Un aspetto sottaciuto di questa pratica, e più in generale della formazione pediatrica specialistica, rimane quello della differenza tra Scuola e Scuola, problema che i giovani pediatri (Documento dei Giovani Pediatri per la Pediatria. Medico e Bambino 2010;29:87-91) considerano, a ragione, cruciale.

Le cure primarie per il pediatra in formazione specialistica

Analisi di un percorso con i pediatri di famiglia

DANTE FERRARA, GIUSEPPE LIOTTA, GIANVERA LO IACONO, MASSIMO LO VERDE, GIOVANNI CORSELLO

Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Palermo

FIRST AID FOR RESIDENTS: AN ANALYSIS OF THEIR TRAINING WITH FAMILY PAEDIATRICIANS

(Medico e Bambino 2010;29:371-373)

Key words

Family paediatricians, Training, Residents

Summary

Since 2004 in the Specialty School of Paediatrics in Palermo a training project for residents has been started up at the ambulatories of the family paediatricians chosen by the school. The selection of the family paediatricians was made according to criteria shared with and agreed upon between the board of the school and those family paediatricians who freely chose to participate in the project. After five years from the beginning of such collaboration, it seems useful to report the positive experiences but at the same time also the difficult ones that, if further developed, will contribute to improve the whole project.

La ormai avviata introduzione dei nuovi statuti nelle Scuole di Specializzazione in Pediatria (SSP) prevede varie e in parte sostanziali modifiche dei percorsi didattici del pediatra in forma-

zione e introduce alcuni nuovi elementi per la realtà italiana, quali lo strumento dei crediti formativi e quello della rete formativa.

Ogni scuola di specializzazione, per

essere accreditata, deve poter disporre di almeno quattro aree di attività sul piano strutturale: UO di Pediatria Generale, UO di Neonatologia, UO di Pronto Soccorso Pediatrico e Ambulatori di pediatri di famiglia (PdF). Questa tetraide organizzativa può essere integrata con altre strutture di sede e convenzionate in modo da arricchire l'offerta formativa della scuola di specializzazione soprattutto per quanto riguarda l'accesso alle attività elettive nel corso del biennio conclusivo.

Alcuni dati ormai acquisiti rendono gli ambulatori territoriali non solo utili e necessari, ma veri e propri strumenti fondamentali per la formazione degli specializzandi in pediatria, al pari delle altre unità di base della rete.

Statistiche consolidate confermano che circa il 70% dei futuri specialisti in pediatria opereranno, dopo aver conseguito il diploma, per la pediatria di famiglia, il 3-5% per l'Università, il rimanente 25% per la pediatria ospedaliera¹.

Attualmente, in Italia, soltanto il 43% delle SSP ha previsto e attuato, nell'ambito delle attività didattiche-formative, la frequenza degli specializzandi presso gli ambulatori dei PdF².

Negli Stati Uniti, già a partire dagli anni Novanta, le linee guida per i programmi di specializzazione in pediatria prevedevano la frequenza dello specializzando, per circa un mese all'anno, presso gli ambulatori dei pediatri del territorio³.

Contestualmente in Italia, nell'anno accademico 1991-'92, quattro scuole di specialità (Milano-Polo di Monza, Padova, Trieste, Verona) iniziavano una spe-

rimentazione congiunta, finalizzata a integrare i programmi didattici universitari attraverso l'introduzione dell'insegnamento della pediatria ambulatoriale nelle rispettive scuole^{4,5}.

Nella SSP di Palermo dal 2004 è stato avviato un percorso finalizzato alla frequenza degli specializzandi presso gli ambulatori dei PdF accreditati dalla scuola che gravitano in 5 diversi distretti facenti capo a due ASP. L'accreditamento è stato formulato sulla base di criteri condivisi e concordati tra il consiglio della scuola e quei PdF che hanno scelto, per libera opzione, di partecipare al progetto (Tabella I).

A 5 anni di distanza dall'avvio di questa collaborazione ci è sembrato utile proporre alcune importanti riflessioni.

RIFLESSIONI

L'introduzione della figura tutoriale nell'ambito del percorso formativo del pediatra è un'importante occasione di ampliamento e di integrazione delle conoscenze e delle competenze non solo per lo specializzando, ma anche per il pediatra strutturato e di famiglia; questo dato è stato confermato da studi precedenti⁶ che hanno anche sottolineato una maggiore soddisfazione dei genitori dei

piccoli pazienti sottoposti a valutazioni cliniche ambulatoriali in presenza di attività tutoriale.

Le esperienze della pediatria ambulatoriale e del territorio, indirizzate verso le cure primarie, sono oggi patrimonio del pediatra di famiglia. Riteniamo che debbano essere integrate con la medicina ospedaliera, per le cure assistenziali di II e di III livello, per la gestione dell'emergenza e di quei pazienti con patologie croniche o debilitanti che necessitano di follow-up prolungato e multidisciplinare. In questi casi, sia il medico del centro di riferimento che il PdF, per quanto con differenti competenze, svolgono un ruolo di *case manager*, cioè di gestione individualizzata dei bisogni di salute globali del paziente e della sua famiglia.

Il continuo confronto reciproco sui casi clinici comporta, da un lato, un miglioramento nell'approccio alla pratica clinica quotidiana da parte dello stesso pediatra del territorio, dall'altro la progressiva acquisizione, da parte dello specialista in formazione, di una autonomia decisionale nella gestione della patologia ambulatoriale, dei bilanci di salute (con il riconoscimento dei relativi segni d'allarme), dei test di screening, del counselling con la famiglia e della gestione della "pediatria al telefono".

Il momento in cui si effettuano i bilanci di salute, in particolare, rappresenta per lo specializzando un'importante opportunità per confrontarsi con la presa in carico del piccolo paziente (e della sua famiglia), secondo percorsi e metodologie in parte diversi da quelli acquisiti nel contesto dell'esperienza ospedaliera.

Il bilancio di salute implica, infatti, un concetto di "medicina a offerta attiva" in cui lo specialista in formazione impara a proporsi attivamente per eseguire determinati interventi e prestazioni, dedicando alla visita, e dunque al paziente, un tempo congruo allo svolgimento di manovre e test di screening pianificati attraverso l'ausilio di check-list (diversificate per fasce di età) da consultare rapidamente in ambulatorio. In tal senso l'esecuzione dei bilanci di salute offre allo specializzando in pediatria la possibilità di assimilare e consolidare quei percorsi diagnostici ambulatoriali, inerenti per esempio ai vari test di screening e diagnostici (*Red reflex, Boel test, Stereo test di Lang, Valutazione dell'acuità visiva, Cover test, One minute test, CHAT per la diagnosi*

precoce di autismo) che cadenzano l'iter del bilancio di salute stesso.

I soggetti risultati positivi a uno dei test di screening vengono successivamente inviati presso i centri di II livello per un approfondimento diagnostico; in questo modo lo specialista in formazione ha la possibilità di valutare in prima persona i criteri che permettono di distinguere i pazienti falsamente positivi da quelli che necessitano di un follow-up specialistico.

Lo specializzando si trova altresì a misurarsi, in maniera diversa rispetto a quanto sperimentato in ospedale, con le problematiche, peraltro assai variegata, che riguardano l'alimentazione. La gestione della sfera nutrizionale rappresenta, infatti, uno dei momenti fondamentali nella corretta valutazione dello stato di salute del bambino sin dai primi mesi di vita e richiede un'adeguata sensibilizzazione di tutta la famiglia in tema di educazione alimentare.

Lo specialista in formazione acquisisce, dunque, la capacità di programmare gli steps per lo svezzamento dalla dieta latte, di formulare un counselling adeguato per i genitori, di prescrivere una dieta (individualizzata) per quei bambini con alterazioni ponderali o, ancora, di gestire quelle patologie in cui l'aspetto nutrizionale rappresenta una parte fondamentale della strategia terapeutica (sindrome metabolica, diabete, sindrome nefrosica ecc.).

Infine, va sottolineata l'assoluta importanza che riveste l'acquisizione delle modalità di gestione del counselling con i genitori del piccolo paziente. Tutti i pediatri coinvolti nella tutoria hanno frequentato un corso accreditato per l'acquisizione delle metodologie di comunicazione tenuto da counsellor abilitati alla docenza. La frequenza presso gli ambulatori dei PdF che operano sul territorio rappresenta per lo specialista in formazione una possibilità per assimilare quei percorsi finalizzati a instaurare una corretta modalità di comunicazione di diagnosi, trovando un giusto equilibrio nel rapporto col piccolo paziente e spiegando preventivamente ai genitori il razionale di determinati interventi, illustrandone altresì il timing e dettandone, laddove richiesto, la successiva scadenza⁷. Tali obiettivi possono essere raggiunti grazie anche all'ausilio di materiale informativo validato (che potrebbe peraltro essere aggiornato e ridiscusso periodicamente

CRITERI DI ACCREDITAMENTO PER PdF

- PdF da almeno 10 anni
- Ambulatorio a tempo pieno
- Almeno 500 assistiti
- Competenza clinica
- Volontà di insegnare
- Attitudine e disponibilità a fare apprendere
- Disponibilità di tempo
- Buon rapporto medico-paziente
- Buon rapporto professionale con gli altri colleghi
- Disponibilità a valutare e a essere oggetto di valutazione
- PdF inserito nella graduatoria degli animatori di formazione della Regione Sicilia (criterio preferenziale)
- Curriculum formativo-professionale adeguato

Tabella I

dal PdF di concerto con lo specializzando), da consegnare ai genitori al fine di garantirne la migliore educazione sanitaria in termini di prevenzione, di gestione domiciliare delle patologie, di rispetto delle scadenze vaccinali (consegna e spiegazione del calendario), dell'acquisizione di buone abitudini alimentari e, più in generale, dell'attuazione di uno stile di vita sano.

La frequenza degli ambulatori dei PdF contribuisce a consolidare nel pediatra in formazione specialistica percorsi diagnostico-terapeutici basati sulla medicina dell'evidenza che, se applicati, possono contribuire a ridurre la difformità di interventi tra medici del territorio e medici ospedalieri.

A tal proposito sembra utile ricordare che, nell'ambito dell'attività quotidiana clinica nell'ambulatorio del PdF, lo specializzando acquisisce la capacità di imparare alcune metodiche diagnostiche rapide (tampone faringeo, determinazione della PCR, interpretazione dell'esame delle urine attraverso l'uso di strisce reattive, prick test), utili ai fini di decisioni terapeutiche immediate.

Gli aspetti didattici e formativi che lo specializzando tirocinante deve fare propri possono dunque essere individuati in tre punti fondamentali*:

- a) acquisizione di capacità organizzative e burocratiche utili allo svolgimento dell'attività ambulatoriale, ad esempio allestimento e organizzazione dell'ambulatorio, uso del telefono, rapporti con le ASP, compilazione dei certificati ecc.;
- b) conoscenza e utilizzazione delle strategie di prevenzione primaria e secondaria (bilanci di salute, test di screening, vaccinazioni, educazione alla salute);
- c) sapere pensare in concreto, avere senso critico rispetto alla richiesta e alla valutazione di esami di laboratorio, saper gestire l'assistenza tanto al paziente con malattia acuta quanto al paziente con patologia cronica o portatore di handicap. Il tirocinante, al termine del percorso formativo svolto presso il PdF, deve sapere impostare un iter diagnostico, programmare un ciclo terapeutico completo di fronte a patologie frequenti e "peculiarità" della pediatria di base, coordinare l'intervento di altri operatori nell'ambito della cura del bambino con patologia cro-

nica e, infine, deve essere in grado di individuare i bambini a rischio sociale o con disturbi comportamentali.

A cinque anni dall'introduzione della figura tutoriale nel percorso formativo gli specializzandi coinvolti hanno espresso giudizi sicuramente positivi sull'esperienza maturata nel corso dei tre mesi di frequenza presso ambulatori dei pediatri del territorio. Molti degli specializzandi hanno riscontrato delle difformità nei percorsi diagnostico-terapeutici tra la gestione ospedaliera e quella ambulatoriale, soprattutto per le patologie acute (polmoniti, faringotonsilliti, gastroenteriti ecc.): ciò contribuisce a sviluppare un senso critico e a stimolare l'approfondimento tematico in virtù della necessità di creare un proprio bagaglio culturale e un *modus operandi* basato tanto sulla propria esperienza quanto sulle evidenze scientifiche.

A fronte di tali considerazioni, frutto peraltro delle esperienze maturate nel corso degli anni a partire dall'introduzione della tutoria nel percorso formativo del pediatra, rimangono comunque da sviluppare alcuni punti critici che potrebbero portare a una ulteriore evoluzione in positivo dell'attività svolta presso l'ambulatorio del PdF.

In primo luogo vanno previsti percorsi didattici specifici per la pediatria di famiglia, attraverso l'attuazione di programmi di insegnamento condivisi, lo svolgimento di attività seminariali (casi clinici), di un *journal club* e di attività di ricerca svolti secondo un percorso definito all'inizio di ogni anno accademico. Tali esperienze, come documentato precedentemente⁹, comporterebbero una sicura crescita culturale non solo per lo specializzando, ma anche per tutte le figure professionali coinvolte.

Va definito meglio l'arco temporale in cui deve svolgersi la turnazione presso gli ambulatori dei PdF, con la possibilità di ripetere l'esperienza nel corso dei cinque anni, anche su base opzionale, e rivalutando la distribuzione del tempo dedicato alle altre attività formative svolte presso la scuola nel periodo in cui si attua l'esperienza presso gli ambulatori pediatrici territoriali.

La tutoria si configura, inoltre, come momento di "formazione sul campo" per il PdF e, come tale, potrebbe essere riconosciuta ai fini dell'accreditamento ECM.

Infine è stata ampiamente considerata

la possibilità di introdurre un sistema di valutazione in forma assolutamente anonima (sulla cui stesura definitiva si sta lavorando), per il pediatra del territorio e per lo specializzando al termine di ciascuna turnazione, con l'obiettivo di rivalutare criticamente le esperienze maturate durante il periodo di frequenza presso gli ambulatori dei PdF, cercando di mettere in luce, attraverso i reciproci punti di vista, gli aspetti da migliorare per conseguire una gestione più proficua di quella che rimane una esperienza fondamentale e irrinunciabile nel percorso formativo dello specializzando in pediatria.

Elenco dei pediatri di famiglia accreditati per l'attività tutoriale

V. Agnello, A. Alongi, A. Aloisio, B. Amoroso, A. Armenio, L. Belvedere, S. Chiavetta, C. Cocchiara, C. D'Andrea, M.V. Di Matteo, S. Di Natale, D. Ferrara, A. Gennaro, S. La Porta, A. Lo Cascio, C. Lo Giudice, G. Lo Iacono, R. Malandrino, G. Primavera, B. Rinaudo, A. Spataro, S. Tulone, A. Tumbarello, C. Vitale, D. Zangara

Indirizzo per corrispondenza:

Dante Ferrara
e-mail: ferraradnt@libero.it

Bibliografia

1. Di Michele S, Bua J. Osservando i pediatri di domani. *Medico e Bambino* 2006;25:416-7.
2. Michelin E. 3° Congresso Nazionale ONSP - Comunicazione orale. Sciacca, 2006.
3. Directory of Graduate Medical Education Programs 1990/91. American Medical Association 88-89, 1990.
4. Del Torso S, Bussi R, Zacchello F. Una esperienza di formazione in pediatria ambulatoriale. *Medico e Bambino* 1992;11:378-80.
5. Agostini M, Bussi R, Del Torso R, Gangemi M, Ghitti C, Tamburlini G. Proposte per la formazione ambulatoriale dello specializzando in pediatria. *Medico e Bambino* 1995;14:337-42.
6. Baker RC, Klein M, Samaan Z, Brinkman W. Exam room presentations and teaching in outpatient pediatrics: effects on visit duration and parent, attending physician, and resident perceptions. *Ambul Pediatr* 2007;7:354-9.
7. Gangemi M, Elli P. Pediatria e comunicazione: come si cambia. *Medico e Bambino* 2005;24:235-8.
8. Becherucci P, Brusoni G. Elementi di Pediatria nel territorio, 2005:183-90.
9. Edwards KS, Woolfe PK, Hetzler T. Pediatric residents as learners and teachers of evidence-based. *Acad Med* 2002;77:748.

La formazione dello specializzando in pediatria presso gli ambulatori dei pediatri di famiglia

L'esperienza della Scuola di Trieste

GIANLUCA TORNESE

Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Trieste
Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

Chi trascura di imparare in giovinezza, perde il passato ed è morto per il futuro. (Euripide)

THE TRAINING OF RESIDENT IN PAEDIATRICS WITH FAMILY PAEDIATRICIANS IN TRIESTE, ITALY

(*Medico e Bambino* 2010;29:374-378)

Key words

Trainee, Survey, Skills, Experience, Competence

Summary

Background: In March 2008, with the introduction of a new contract for residents, the School of Paediatrics of the University of Trieste, Italy, enabled the training with family paediatricians among shifts provided during the 5-year-course. This "family paediatrics training" counted active mentoring and collegial discussion of clinical cases coming from everyday activity with the Director of the Department of Paediatrics.

Methods: To assess the experience carried out up to now, we conducted a survey in October 2009 assessing the differences between trainees who performed well-framed rota with family paediatricians (training group) and those who just replaced a family paediatrician as a locum, without any tutoring (control group), through a questionnaire.

Results: Among 41 residents, we collected 32 answers to the questionnaire, 15 coming from the training group and 17 from the control group. The survey shows an overall positive experience of paediatric trainee. The achieved skill seems to reach satisfactory levels. The training group reported more competence compared to control group in chronic child management and implementation of prevention strategies. Some contradictions between family and hospital paediatricians were reported, especially in drugs prescriptions. However, the majority of residents did not want to be a family paediatrician in the future, and one out of five lost their interest in this job.

Conclusions: Although an overall positive experience and the acquisition of some distinguishing skills, the majority of trainees in the School of Paediatrics in Trieste do not think of themselves as family paediatricians in the future or loose their interest in this job during training. A possible explanation could be the greater involvement and complexity of cases and the collegiality of the work in hospital settings. The collegial discussions could be a valuable tool to highlight the difficulties in the apparently common cases in family paediatricians' work and to help scientific and cultural sharing to contrast isolation.

C'è chi ha sempre sognato di fare il pediatra di famiglia (PdF), prediligendo l'aspetto della continuità assistenziale, del *counselling* e dell'accompagnamento dei bambini dai primi giorni di vita sino all'adolescenza. C'è chi invece ha sempre sognato di fare il pediatra ospedaliero, preferendo una vita fatta di turni, di piccoli e grandi brividi, di scelte condivise, di interventi sulla salute più o meno brevi e mirati. A volte questi sogni si confondono e si intersecano.

Sta di fatto che, finché non esisterà (se mai esisterà) una scuola apposita per la pediatria di base sul modello di quella dei medici di medicina generale, le stesse Scuole di Specializzazione in Pediatria (SSP) "sforneranno" tanto pediatri ospedalieri quanto PdF. Questo da solo sarebbe già un ottimo motivo per ritenere inderogabile la frequenza degli ambulatori dei PdF, a maggior ragione se è vero che più dei 2/3 degli specializzandi sceglierà questa strada al termine della SSP.

Attualmente, però, la formazione dello specializzando è prettamente e innegabilmente ospedaliera. Volente o nolente il giovane specialista si ispira ai suoi "maestri", risente del loro insegnamento: come i bambini imparano per imitazione, così lo specializzando dai suoi tutor. E allora cosa fa un ex-specializzando quando si ritrova a fare il PdF senza modelli acquisiti, senza percorsi appresi, senza riferimenti precedenti? È vero che da sempre gli specializzandi si cimentano nelle "sostituzioni" temporanee dei PdF durante il loro corso di studi; ciononostante, la prassi non rende le pratiche giuste, tanto meno se si tratta di auto-apprendimento.

La pediatria è sempre la stessa, dall'ambulatorio del PdF fino al laboratorio di ricerca, e un buon pediatra resta tale ovunque; ma la presa in carico del piccolo paziente avviene in modo diverso fra ospedale e pediatria territoriale, ed è importante che anche l'apprendimento di metodologie e percorsi specifici facciano parte del *core curriculum* di un pediatra. L'esigenza di un periodo di formazione presso l'ambulatorio di un PdF viene ormai sentita e invocata da più parti² e il nuovo statuto delle SSP, comunque, tiene conto di questa realtà innegabile e colloca la pediatria di base fra i 4 pilastri portanti della formazione del pediatra di domani insieme alla Pediatria generale, alla Neonatologia e al Pronto Soccorso Pediatrico.

La SSP di Trieste (insieme a quelle di Milano, Padova e Verona) aveva dato vita già nell'anno accademico 1991-'92 a una sperimentazione didattica sull'insegnamento della pediatria ambulatoriale³. A distanza di 17 anni, con l'introduzione del nuovo Contratto per gli specializzandi e pur in mancanza di una chiara indicazione istituzionale, nel marzo 2008 la SSP di Trieste ha attivato - fra le varie turnazioni previste durante i 5 anni di corso - la frequenza degli ambulatori di PdF secondo un modello preciso di tutoraggio. Per valutare l'esperienza condotta a un anno e mezzo di distanza, per trarre spunti di riflessione e cogliere margini di miglioramento, abbiamo condotto un'indagine conoscitiva, valutando le eventuali differenze tra gli specializzandi che avevano effettuato questa turnazione strutturata e tutorata dai PdF e quelli che avevano sperimentato la pediatria di base soltanto come "sostituti" di un PdF, senza alcun percorso di tutoraggio.

MATERIALI E METODI

Dal marzo 2008 la SSP di Trieste ha organizzato la frequenza degli specializzandi presso lo studio dei PdF secondo un programma concordato con i pediatri che hanno sottoscritto la convenzione tra il CEFORMED (Centro Regionale di Formazione per l'Area delle Cure Primarie del Friuli-Venezia Giulia) e la SSP di Trieste. Tale programma prevede che gli specializzandi (entro il 3° anno di corso) vengano affidati a uno studio con uno o più PdF ovvero a due PdF operanti in studi diversi per un periodo compreso tra un minimo di 1 e un massimo di 6 mesi. La presenza è richiesta per 5 giorni a settimana per tutto l'orario clinico dello studio, che viene ripartita in mattino e pomeriggio, a seconda dell'organizzazione del lavoro dei vari PdF, per un minimo di 4 ore al giorno. Allo specializzando viene richiesto un aggiornamento bibliografico sulle patologie croniche complesse o su casi che rivestono un interesse particolare in pediatria ambulatoriale (almeno 1 per settimana), di cui viene tenuto un registro. Assieme al PdF viene effettuata la sorveglianza della letteratura che interessa precipuamente la pediatria di famiglia, partecipando mensilmente alla riunione di aggiornamento coordinata dal Servizio di Epidemiologia e Biostatistica dell'IRCCS "Burlo Garofolo". È prevista una riunione mensile di discussione collegiale di casi clinici selezionati, tra tutti gli specializzandi in turnazione presso PdF, i pediatri stessi e uno o più docenti della SSP assieme al Direttore della Clinica Pediatrica.

Fino all'ottobre del 2009 erano stati coin-

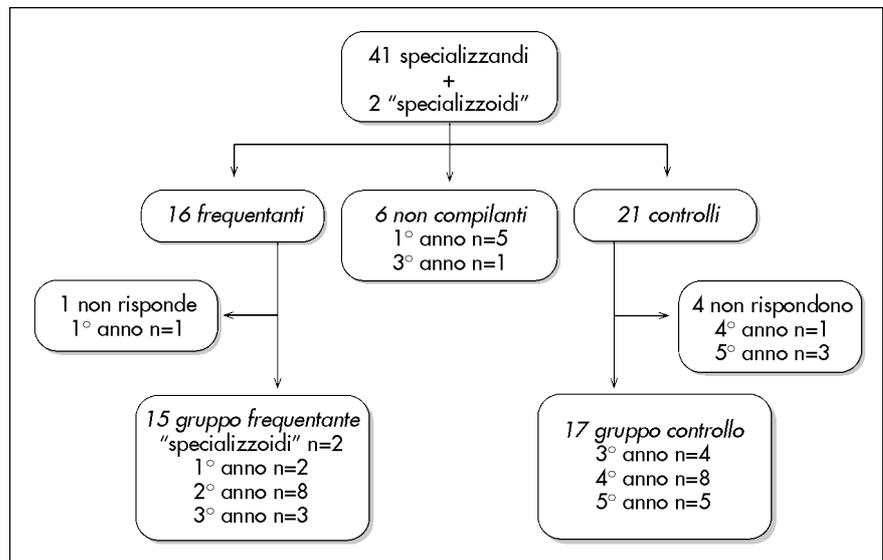


Figura 1. Disegno dello studio e caratteristiche dei partecipanti.

volti nel programma 10 PdF (di cui 8 appartenenti alla ASS 1 Triestina), scelti dal Direttore della SSP, e 16 specializzandi (definiti d'ora in avanti come *frequentanti*). La quasi totalità degli specializzandi degli ultimi tre anni di corso non rientra in questo programma, e ha sperimentato la pediatria di base esclusivamente per mezzo di "sostituzioni" di PdF (definiti d'ora in avanti come *controlli*).

Per l'indagine abbiamo invitato tutti i 41 specializzandi della SSP di Trieste e 2 medici frequentatori (i cosiddetti "specializzoidi", che rientravano comunque nel programma di turnazioni presso i PdF) a partecipare allo studio mediante la compilazione di un questionario conoscitivo anonimo sull'esperienza condotta nell'ambito della pediatria di famiglia. Il questionario era differenziato in base al tipo di frequenza dell'ambulatorio del PdF fra *frequentanti* e *controlli*: in particolare il questionario per i *frequentanti* conteneva domande specifiche che evidentemente non potevano essere poste ai *controlli*.

Sei specializzandi, quasi tutti del 1° anno, pur rispondendo all'invito, non hanno compilato alcun questionario perché non hanno mai frequentato ancora nessun ambulatorio di PdF né come *frequentanti*, né come *frequentatori* (definiti d'ora in avanti come *non compilanti*). Dei restanti 37, hanno risposto al questionario in 32: 15 specializzandi fino al 3° anno (tra cui i 2 "specializzoidi") tra i 16 *frequentanti*, identificati come il *gruppo frequentante*; 17 specializzandi dal 3° al 5° anno tra i 21 *controlli* hanno costituito il *gruppo controllo* (Figura 1).

Le variabili categoriche sono presentate come numeri assoluti e percentuali, le variabili continue come medie, minimo e massimo (range). I dati di natura qualitativa sono stati sottoposti a confronto statistico mediante test

esatto di Fisher a 2 code, tenendo conto della scarsa numerosità dei campioni in esame. Il confronto tra variabili continue rilevate nei due gruppi è stato effettuato con test non parametrico U di Mann-Whitney.

RISULTATI

La media del **periodo di frequenza** è stata di 3,6 mesi (3,7 mesi per il gruppo frequentanti e di 3,4 per il gruppo controllo), con un range di 1-6 mesi.

Domande specifiche per il gruppo frequentanti

Come già accennato, il questionario del *gruppo frequentanti* prevedeva domande aggiuntive rispetto al *gruppo controllo*, specifiche del periodo di frequenza con tutor. Nel *gruppo frequentanti*, 7 (50%) hanno dichiarato che il periodo svolto era **sufficiente** (media dei mesi frequentati 3,6; range 1-5), 6 (40%) hanno dichiarato che il periodo era **eccessivo** (media 4,6; range 3-6), mentre 2 lo hanno ritenuto **insufficiente** (media 1,5; range 1-2). Ovviamente tale domanda non è stata posta ai *controlli* perché non pertinente (la loro attività presso l'ambulatorio del PdF era stata retribuita, essendo stata svolta volontariamente e senza né fini formativi né percorso di tutoraggio). A margine è stata segnalata da alcuni specializzandi l'opportunità di svolgere questa esperienza possibilmente nei primi anni della SSP.

Otto specializzandi (53%) hanno frequentato l'ambulatorio di un solo pediatra, mentre gli altri 7 hanno frequentato contemporaneamente o in tempi diversi gli ambulatori di due pediatri: di questi 6 hanno dichiarato che la frequenza di due ambulatori è stata **più formativa**, mentre solo 1 lo ha ritenuto **più dispersivo**.

Nel *gruppo frequentatori*, 5 specializzandi (33%) avevano **già fatto sostituzioni di PdF**, mentre per gli altri 10 questa era la **prima esperienza** in un ambulatorio di PdF.

Nessuno specializzando ha dichiarato di non aver chiari gli **obiettivi della frequenza dell'ambulatorio**, ma solo a 3/15 (20%) erano stati chiaramente indicati, mentre i restanti 12 hanno detto di averli semplicemente in mente.

Due specializzandi (13%) non hanno avuto **indipendenza nel loro lavoro**, 9 (60%) l'hanno acquisita dopo un periodo di "rodaggio", mentre 4 (27%) sono stati indipendenti già da subito (senza alcuna differenza rispetto all'anno di corso).

La quasi totalità ritiene che sarebbe utile una **griglia di valutazione** reciproca (del PdF nei confronti dello specializzando e dello specializzando nei confronti del PdF). Tutti gli specializzandi ritengono di aver acquisito competenze per svolgere in maniera più professionale le sostituzioni di PdF.

Domande comuni ai due gruppi

Tutti gli specializzandi del *gruppo frequentante* sono concordi nell'affermare di **aver imparato qualcosa dalla frequenza degli ambulatori dei PdF che non avrebbero potuto imparare in ospedale**, contro il 65% del *gruppo controllo* (test esatto di Fisher, $p = 0,02731$). A chi ha risposto in modo affermativo, abbiamo chiesto di indicare cosa ha imparato di più rispetto all'ospedale. Le risposte libere sono state raggruppate nelle categorie indicate in *Tabella I*.

Alla domanda sulla **fiducia o diffidenza dei genitori nei confronti dello specializzando**, la maggioranza dichiarava di non aver notato sfiducia nei propri confronti rispetto al PdF titolare, con una maggiore fiducia agli occhi degli specializzandi del *gruppo frequentante* (67%) rispetto al *gruppo controllo* (41%).

Riguardo alle **contraddizioni tra ciò che si è imparato in ospedale e**

CHE COSA PENSI DI AVER IMPARATO IN PIÙ NELLA FREQUENZA DELL'AMBULATORIO DEL PdF?

	Frequentanti (n=15)	Controlli (n=17)
Gestione del bambino sano	9	3
Bilanci di salute	7	5
Patologie più comuni	4	5
Rapporto con la famiglia	4	5
Affrontare le domande più comuni	2	1
Normale sviluppo psicomotorio	5	-
Rapporti col territorio-distretto	5	-
Autogestione	-	4
Visita di un neonato/lattante	3	-
Consigli sull'alimentazione	2	-
Gestione della pediatria al telefono	2	-
Utilizzo consulenze e/o esami di laboratorio	2	-
Utilizzo degli strumenti minimi ambulatoriali	2	-
Utilizzo di programmi informatici per PLS	2	-
Diario delle vaccinazioni	1	-
"Spiegazione" consulenze specialistiche	-	1
Verifica compliance	-	1
Visite domiciliari	-	1

Tabella I

quello che si è visto fare o si fa nell'ambulatorio, la maggior parte di entrambi i gruppi riconosce che queste esistono, ma il *gruppo controllo* le riconosce complessivamente di più (94%) rispetto al *gruppo frequentante* (67%), sebbene la differenza non risulti statisticamente significativa (test esatto di Fisher, $p = 0,1237$). Quando viene chiesto di segnalare l'**entità delle differenze riscontrate**, il 44% del *gruppo controllo* segnala "molte/abbastanza" contraddizioni contro il 20% del *gruppo frequentante* (differenza statisticamente non significativa). Nello spazio libero lasciato per indicare le principali contraddizioni, entrambi i gruppi hanno segnalato la prescrizione terapeutica come differenza principale (40% e 37,5% nel *gruppo frequentante* e *controllo*, rispettivamente), in particolare per quanto riguarda l'utilizzo non giustificato degli antibiotici, di terapie come "palliativi" per i genitori, le discrepanze nel dosaggio e l'abuso dei cortisonici inalatori. Il *gruppo controllo* ha segnalato anche difformità nella gestione delle bronchiti asmatiche, della

dermatite atopica e della tosse/raffreddore, e nell'utilizzo di probiotici e vitamine. Un solo specializzando del *gruppo frequentante* ha segnalato consigli sull'allattamento al seno da parte del PdF discordanti rispetto a quelli forniti in ambito ospedaliero.

Riguardo all'**assunzione delle varie competenze**, sono stati identificati 15 item (definiti nel programma concordato) rispetto ai quali gli specializzandi dovevano graduare l'abilità raggiunta con un punteggio da 0 a 5 (*Tabella II*). La media delle competenze è in genere soddisfacente. Nel *gruppo frequentante* la competenza acquisita in maniera meno efficace è stata il rapporto con le altre sedi e luoghi di assistenza (media 2,5), mentre quella più adeguata riguardava il riconoscimento del range di "normalità" del bambino sano (media 4,2). Nel *gruppo controllo* la competenza con punteggio medio minore risulta la gestione del bambino cronico (media 1,8), mentre il punteggio medio maggiore è quello della gestione della pediatria al telefono (media 3,8). Per 3 item si sono riscon-

LIVELLO DELLE COMPETENZE RAGGIUNTE

	Frequentanti° (n=15)	Controlli° (n=17)	p*
Applicare le strategie della prevenzione (tempistica e modi)	3,5 (2-5)	2,4 (0-5)	0,0193
Gestire il bambino cronico	2,9 (1-5)	1,8 (0-3)	0,0375
Gestire la pediatria al telefono	3,0 (2-4)	3,8 (3-5)	0,0394
Riconoscere il "range" degli elementi di normalità del bambino sano	4,2 (2-5)	3,6 (1-5)	0,1936
Rapportarsi con le altre sedi e luoghi di assistenza (ospedale, distretti e tutta la parte socio-assistenziale)	2,5 (1-5)	2,8 (0-5)	0,2983
Affrontare globalmente il bambino anche come elemento di un contesto	3,4 (1-5)	3,0 (1-5)	0,3953
Saper ascoltare le persone ed effettuare una comunicazione efficace	4,0 (3-5)	3,7 (2-5)	0,4295
Impostare e gestire la continuità	2,9 (1-5)	3,1 (1-5)	0,4473
Gestire e organizzare il tempo delle visite, il lavoro e tutto l'entourage	3,8 (3-5)	3,5 (1-5)	0,5823
Affrontare i problemi indistinti e mascherati	2,7 (1-4)	2,8 (0-5)	0,6745
Gestire la relazione pediatra/bambino/genitori	3,5 (2-5)	3,5 (1-5)	0,7188
Negoziare con i pazienti per ottenere una efficace "alleanza terapeutica"	3,5 (1-5)	3,5 (2-5)	0,7949
Trovare un equilibrio nel rapporto con i pazienti riuscendo a entrare nella sfera personale senza apparire intrusivi	3,4 (2-5)	3,4 (1-5)	0,8808
Gestire "operativamente" l'acuto anche utilizzando i "mezzi minimi" della pediatria ambulatoriale	3,3 (1-4)	3,4 (0-5)	0,9124
Saper "manipolare" un bambino piccolo	3,6 (1-5)	3,6 (1-5)	0,984

°Valori espressi come media (range), *Test U di Mann-Whitney

0=nulla, 1=insufficiente, 2=scarsa, 3=soddisfacente, 4=molto buona, 5=eccellente
In **grassetto** gli item con differenza significativa tra i due gruppi.

Tabella II

trate differenze significative al test non parametrico U di Mann-Whitney: una a favore del *gruppo controllo* (la gestione della pediatria al telefono) e due a favore del *gruppo frequentante* (la gestione del bambino cronico e l'applicazione delle strategie della prevenzione).

L'esperienza in ambulatorio ha modificato il **desiderio di fare il PdF** al termine della scuola in 11 specializzandi: in 4 (12,5%), tutti appartenenti al *gruppo frequentanti*, è aumentato il desiderio, mentre per 7 (21,9%), equamente distri-

buiti fra i 2 gruppi, c'è stata una perdita di interesse. Va segnalato che fra coloro che hanno compilato il questionario 19/32 hanno indicato di non aver intenzione di fare il PdF. A questi vanno aggiunti 4/6 specializzandi *non compilanti*, i quali hanno dichiarato di non avere in mente questa scelta per il loro futuro. Pertanto, complessivamente, il **71,8% degli specializzandi della SSP di Trieste (n=23) non ha intenzione di fare il PdF al termine della scuola.**

A chi ha espresso un giudizio negati-

vo ("diminuita" o "comunque non lo volevo fare") è stata chiesta una motivazione a risposta libera: principalmente la spiegazione risiede nella preferenza per il lavoro ospedaliero, nella paura di un isolamento culturale e della mancanza di confronto e nella routine/ripetitività con mancanza di variabilità del lavoro ambulatoriale.

Il giudizio sull'esperienza in entrambi i gruppi è stato complessivamente positivo. Il *gruppo frequentante* ha espresso una valutazione significativamente migliore (test esatto di Fisher, $p = 0,001631$), indicando nel 53% dei casi la risposta "più che positiva", che invece non è stata mai indicata nel *gruppo controllo*. Erano previste anche le risposte "negativa" e "inutile", che non sono state segnalate da alcuno specializzando.

DISCUSSIONE

Dall'indagine condotta risulta un giudizio complessivamente positivo dell'esperienza presso l'ambulatorio del PdF da parte degli specializzandi della SSP di Trieste. La frequenza tutorata sembra comunque rendere questa esperienza più proficua agli occhi degli specializzandi. In generale c'è concordanza sul fatto che lavorare fianco a fianco con un PdF aiuti nella gestione delle patologie più comuni, nel rapporto con le famiglie e nel saper rispondere alle domande più frequenti. Il *gruppo controllo* (i "sostituiti"), però, sembra apprezzare maggiormente l'autogestione sperimentata nell'ambulatorio durante una sostituzione e che ovviamente non è possibile in un periodo di affiancamento/tutoraggio col PdF (Tabella I).

Dalle indicazioni fornite nelle risposte ai questionari scaturisce che la durata ottimale per questo periodo è di 3-4 mesi (una durata inferiore è inefficiente, e una maggiore sarebbe eccessiva), e che la frequenza di più di un PdF sembra essere più formativa. A margine molti hanno segnalato l'utilità di questa frequenza nei primi anni di scuola, vedendolo come parte del background di base da cui partire, piuttosto che come differenziazione della formazione².

All'inizio della frequenza dovrebbero essere esplicitati dal tutor gli obiettivi da raggiungere, in modo che lo specializzando possa confrontarsi col PdF sul-

le competenze da acquisire piuttosto che intuirle via via. Allo stesso modo, sebbene una progressiva indipendenza nel lavoro dello specializzando sia quasi fisiologica, questa dovrebbe essere garantita in modo che il discente non sia solo uno spettatore della vita dell'ambulatorio, ma ne diventi un attore coprotagonista, così da conquistare anche la fiducia dei genitori.

In generale, il livello di competenze raggiunte sembra essere soddisfacente. Lo specializzando "tutorato" risulta meno competente nella gestione della pediatria per telefono, ma questo è abbastanza ovvio perché meno in prima linea rispetto al "sostituto". D'altra parte, lavorando con un PdF esperto, lo specializzando ha modo di acquisire meglio il concetto di "normalità" del bambino e di imparare la comunicazione con le famiglie in un contesto di continuità assistenziale. In particolare, il *gruppo frequentante* riferisce di aver acquisito maggiori competenze rispetto alla gestione del bambino cronico e all'applicazione delle strategie della prevenzione. Ciò che invece manca è probabilmente un maggior coinvolgimento nel rapporto con le altre sedi assistenziali, che anche in ambito ospedaliero è spesso gestito da altre figure (caposala, assistente sociale ecc.) e quindi raramente vissuto in prima persona e inteso pienamente (*Tabella II*).

Sebbene le contraddizioni tra pratica ospedaliera e ambulatoriale non siano eclatanti, risulta evidente che le differenze nelle prescrizioni terapeutiche vengono percepite come la principale difformità, in particolare per ciò che riguarda l'antibiototerapia, ma anche rispetto all'utilizzo dei cortisonici inalatori e alle terapie che servono a tranquillizzare i genitori più che a guarire il bambino. Riguardo alla maggiore identificazione di contraddizioni da parte del *gruppo controllo*, questa differenza è probabilmente falsata dalla maggiore "anzianità" di studi dei *controlli* rispetto ai *frequentanti*, tale da giustificare una maggiore sicurezza e un'ampiezza maggiore di conoscenze medico-scientifiche.

L'utilizzo di una griglia di valutazione reciproca può essere un valido incentivo da entrambe le parti per lavorare sui punti succitati.

Infine vanno sottolineati due aspetti salienti di questo studio, apparentemente in contraddizione con le precedenti segnalazioni¹.

Il primo riguarda l'elevata quantità di specializzandi (71,8%) che dichiara di non avere intenzione di fare il PdF. Questo è in controtendenza con i precedenti dati che parlavano di un 70% di specializzandi propensi a fare il PdF al termine della SSP¹. Questi dati hanno presumibilmente un peso diverso da scuola a scuola e dipendono probabilmente dal grado di coinvolgimento dello specializzando nella pratica ospedaliera e dalla tipologia, organizzazione e complessità (ossia nell'interesse) della loro attività nelle varie strutture ospedaliere delle diverse Scuole. Sarebbe interessante a questo proposito uno studio *ad hoc* che valuti il tipo di attività e le modalità di coinvolgimento e l'autonomia dello specializzando nelle diverse SSP, e la relativa correlazione con il desiderio di fare in futuro il pediatra ospedaliero o il PdF.

Il secondo punto che merita di essere commentato e interpretato è quello dell'effetto "negativo" che la frequenza dello studio del PdF può avere sullo specializzando rispetto alla possibile scelta di fare il PdF: fa riflettere il dato che, oltre a quelli che già in partenza non ne erano intenzionati, uno specializzando su cinque circa ha dichiarato una perdita di interesse nella pediatria di famiglia. Questo è apparentemente in contrasto con il giudizio positivo che gli specializzandi hanno dato riguardo all'esperienza. In qualche misura può dipendere semplicemente da un diverso coinvolgimento diretto nelle attività, ma certamente è lecito il dubbio che lo specializzando percepisca una delusione rispetto a quanto fatto e visto fare nell'attività ospedaliera, e che quindi preferisca una modalità di assistenza più intensiva e partecipata rispetto a una più routinaria e di tipo preventivo.

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

L'esperienza del percorso formativo nell'ambulatorio dei PdF della SSP di Trieste ha evidenziato un gradimento complessivo da parte degli specializzandi, indicando al contempo delle indicazioni sulla durata (3-4 mesi), sulla tempistica (meglio nei primi anni), sulla necessità di chiarire gli obiettivi da raggiungere sin dall'inizio e di utilizzare una griglia di valutazione reciproca.

Resta tuttavia l'incongruenza rispetto alle segnalazioni precedenti sulla vo-

lontà di lavorare come PdF al termine della specializzazione: questo studio mostra che nella SSP di Trieste la grande maggioranza degli specializzandi non si "progetta" come PdF o che perde interesse in questo tipo di attività durante la frequenza. Considerando il giudizio complessivamente positivo dell'esperienza, una spiegazione possibile resta il più elevato grado di coinvolgimento dello specializzando in caso di maggiore complessità dei casi e di collegialità del lavoro svolto. Le discussioni collegiali possono essere uno degli strumenti validi (ma certamente non l'unico) per evidenziare le difficoltà nei casi apparentemente comuni dell'ambulatorio di un PdF e per contribuire alla condivisione culturale e scientifica che contrasti l'isolamento tanto temuto dagli specializzandi. In questo senso crediamo che dovrebbe essere svolta ogni riflessione sull'argomento.

Hanno partecipato allo studio

M.V. Abate, A. Amadeo, L. Badina, M. Bramuzzo, J. Bua, L. Calligaris, Z. Cannioto, M. Chinello, G. Cont, G. Cozzi, S. Crocco, E. Da Dalt, S. Dal Bo, V. Declich, A. De Cunto, A. Franzil, C. Geraci, D. Giglia, N. Giurici, G. Gortani, I. L'Erario, M. Londero, F. Minen, G. Paloni, E. Panontin, S. Pastore, F. Patarino, G. Patti, F. Poropat, I. Rabach, E. Rizzello, E. Rossetto, L. Rubert, P. Salierno, M. Starc, G. Tornese, G. Ventura, C. Zanchi

I pediatri-tutor aderenti alla rete formativa della Scuola di Specializzazione in Pediatria di Trieste

A. Clemente, G. Gaeta, M. Mayer, M.G. Pizzul, D. Rosenwirth, R. Servello, G. Simeone, M. Spaccini, M. Stradi, M. Trevisan

Indirizzo per corrispondenza:

Gianluca Tornese
e-mail: tornese@burlo.trieste.it

Bibliografia

1. Di Michele S, Bua J. Osservando i pediatri di domani. *Medico e Bambino* 2006;25:416-7.
2. *Giovani Pediatri per la Pediatria*. Documento dei Giovani Pediatri per la Pediatria. *Medico e Bambino* 2010;29:87-91.
3. Agostini M, Bussi R, Del Torso R, Gange mi M, Ghitti C, Tamburini G. Proposte per la formazione ambulatoriale dello specializzando in pediatria. *Medico e Bambino* 1995;14: 337-42.