

Saper comunicare con i genitori alla prima visita

Colloquio di Massimo Grimaldi* con Michele Gangemi** e Federica Zanetto***

*Pediatra di famiglia, ACP Campania; **Pediatra di famiglia, ACP Verona; ***Pediatra di famiglia, ACP Milano e Provincia

Abstract

Communicating with parents during the first office visit

The first paediatric office visit represents a crucial moment from a communicative point of view. The paediatrician needs to display his abilities, like the ability to get information, make questions, gather emotions, gratify parents' competences, recognize the child, even if just a baby, as an interlocutor. He needs to be able to complete his own indications with his interlocutor's, in order to establish a solid and valid relationship with the family. It is from the first consultation that the paediatrician becomes a real reference for the child's health and a parents' guarantee for appropriate information, efficacious prevention, care and correct behaviour.

Quaderni acp 2005; 12(5): 221-223

Key words First office visit. Help relation. Counseling

La prima visita nell'ambulatorio pediatrico è un momento cruciale dal punto di vista comunicativo: essere curiosi e saper raccogliere le informazioni, saper formulare le domande, raccogliere le emozioni, riuscire a integrare le proprie indicazioni con quello che l'interlocutore ha in mente, gratificare le competenze genitoriali, riconoscere il bambino come interlocutore cui, anche se neonato, vale la pena di rispondere sono alcune delle abilità che il pediatra deve mettere in campo per facilitare la costruzione e il mantenimento di una solida e valida relazione con la famiglia. È dalla prima consultazione che il pediatra si afferma come referente concreto per la salute del bambino e come garante per i genitori di informazioni appropriate ed efficaci di prevenzione, cura e assunzione di comportamenti corretti.

Parole chiave Prima visita. Relazione di aiuto. Counseling

La prima visita è un momento molto importante, in cui si gettano le basi di quella che sarà la successiva relazione con il bambino e i suoi genitori. Il pediatra è un osservatore privilegiato del periodo di grande cambiamento che la nascita di un figlio produce nell'equilibrio del "sistema" famiglia, e ha una precisa responsabilità nella definizione degli ambiti del proprio intervento e della propria consulenza. Durante il Convegno "Saper Comunicare in Pediatria", a Napoli, Massimo Grimaldi ne ha parlato con Michele Gangemi e Federica Zanetto, della redazione di Quaderni acp, che sottolineano e commentano gli aspetti più significativi e indicativi per la costruzione di una relazione chiara, coerente e costante con la famiglia, in occasione della prima visita ambulatoriale.

Grimaldi. Quando io sono in studio, la mia Vespa sta giù, di fianco al palazzo. È

un segnale: significa che ci sono e che non posso sparire.

Nello studio ci sono i disegni che mi fanno i bambini: la medusa, il giorno e la notte, la "pescia" (ndr. pesce femmina). I disegni accolgono loro e i loro genitori quando arrivano: è un altro segnale. I bambini sanno che ci sono, che li posso fare e che li ritroveranno.

È un pezzetto di spazio nello studio che diventa un poco anche loro. Si sentono rassicurati perché ci ritrovano cose proprie. Alcuni disegni li ho riprodotti sulle pareti: non si tratta di Paperini o di Biancaneve. Sono meno banali: la pescia chiatra perché (forse) porta i pesciolini nella pancia o perché le mamme sono chiatte, ma con gli occhi dolci e un sorriso.

Zanetto. Tutto il contesto che descrivi comunica accoglienza. L'ambulatorio è lo spazio della cura, della professiona-

lità, della prevenzione, dell'informazione: è uno spazio prezioso che deve dare la sensazione di accoglienza e benessere. E la comunicazione non è solo verbale.

Grimaldi. Comunicare infatti è dare e ricevere segnali. E ne nascono emozioni che colpiscono il cuore...

Ecco, accolgo i genitori (o la mamma, se sola, ma è difficile alla prima visita) nella mia stanza e li invito ad accomodarsi.

Raccolgo i loro dati nel PC. E poi un po' di anamnesi familiare e personale.

L'anamnesi mi serve per rompere il ghiaccio. E poi i genitori possono parlare senza necessariamente ascoltare ed è, un po', quello che desiderano.

Gangemi. Questo è importante. Nella raccolta anamnestica puoi cogliere anche aspetti che possono esprimere differenze di stato emotivo, differenti posizioni di contenuto o di emozioni fra i due genitori. E la nascita di un figlio è un momento di grande cambiamento, che altera un sistema familiare che da un suo equilibrio funzionante passa a essere perturbato, "vulnerabile", richiedente, e non necessariamente ricettivo.

Grimaldi. È vero. Comunicare è anche riuscire a conoscere e prevedere i bisogni dell'altro, per andargli incontro e aiutarlo a farli emergere.

Gangemi. In questo senso il pediatra deve essere curioso, non deve dare nulla per scontato. Non basta stare a sentire, deve anche chiedere, fare domande. E facilitare: non è sempre automatico che l'interlocutore sappia che c'è qualcosa da chiedere.

Grimaldi. Le domande come devono essere poste? Cosa deve essere chiesto? Cosa è importante cercare? Perché viene? Cosa la preoccupa? Perché la preoccupa?

Per corrispondenza:
Massimo Grimaldi
e-mail: massimo.grimaldi@alice.it

Gangemi. Ricordiamoci che una delle attitudini del counselling è “ascoltare, prima di dire o fare”. E l’ascolto attivo del medico è quello fatto da domande: l’uso di domande aperte all’inizio del colloquio facilita la comunicazione di un problema, segnala una maggiore disponibilità all’ascolto e permette di comprendere il punto di vista dell’interlocutore. Le domande chiuse, in una fase successiva, consentono la raccolta di informazioni più strettamente mediche. Per raccogliere informazioni sul sistema che abbiamo davanti, anche le descrizioni sono molto utili: spesso diamo per scontate alcune cose e invece dobbiamo farci dire quello che succede, non per effettuare delle valutazioni, ma per capire quello che realmente accade.

Grimaldi. Anche perché con la prima visita, spesso, si stabilisce il tono di tutti i futuri incontri. Da essa spesso nascerà quel rapporto confidenziale che sarà alla base della compliance e dell’empatia. La base della efficacia dell’intervento del medico si fonda sulla sua capacità di convincere la madre a seguire le sue indicazioni.

Zanetto. Quello che dici è interessante... stiamo notando che la prima visita è davvero un momento cruciale, dove si gettano le basi per quella che sarà la successiva relazione. Gli aspetti del contesto, il modo in cui il pediatra si presenta, quello che dice o non dice hanno a che fare con la definizione della relazione, dove importanti sono chiarezza, coerenza, costanza. E in una relazione di aiuto, come quella che si instaura nei nostri ambulatori, l’interlocutore deve capire come può utilizzare nel modo migliore la professionalità del medico. Farei solo una precisazione rispetto alla “capacità di convincere” del medico, cui tu accenni: insistere nel voler persuadere l’altro non produce nessun cambiamento se prima non abbiamo costruito una collaborazione e mobilitato risorse e capacità di risposta del nostro interlocutore.

Grimaldi. In effetti credo che la capacità professionale sia poca cosa senza una buona capacità a farsi seguire (compliance) e sia positivamente correlata con la

soddisfazione e il grado della comunicazione. Quindi, ancora una volta, parole chiave sono cortesia, interesse, desiderio di aiutare.

Gangemi. Ti suggerirei le sei “C” (in inglese) della medicina narrativa. In fondo, riassumono bene le nostre considerazioni: *conversation*, intesa come colloquio efficace e ricco di elementi conoscitivi, riordinati e resi significativi; *curiosity*, che vuol dire, come dicevamo prima, non dare nulla per scontato e riuscire a capire attraverso quale percorso il tuo interlocutore è arrivato a una certa idea o soluzione; *circularity*, ovvero cercare di illuminare fette più ampie del sistema intorno al problema o al sintomo; *contexts*, perché dobbiamo ricordarci che ognuno di noi è inserito in molteplici contesti; *co-creation*, processo per cui, dalle due narrazioni originarie del pediatra e del suo interlocutore, nel corso del colloquio ne viene creata e condivisa una nuova; *caution*, intesa come attenzione in ogni momento a mantenere con rigore la nostra identità professionale e a non sconfinare in aree che non sono di nostra competenza.

Grimaldi. Bene, grazie. Procediamo ancora con la mia visita: chiedo allora alla mamma di spogliare il neonato e la seguo in questa operazione. Vedere la maggiore o minore dimestichezza con la quale la neo-mamma spoglia e manipola il suo bambino mi permette di conoscere una piccola parte di lei: quanto è fragile in questo momento? O quanto è sicura? Si tira da parte e preferisce che sia qualcun altro a spogliarlo? Quando me lo affida, mi controlla o preferisce “non guardare”? Tutti questi elementi mi aiuteranno a trovare la chiave per comunicare con lei, per cercare di essere socio e complice piuttosto che prete o professore... ma anche per studiare il piccolo: perché con la mamma non piange? E perché con me dovrebbe piangere? Imparo...

Zanetto. Anche questo che dici è un passaggio importante: riconoscere il bambino, anche se neonato, come un interlocutore cui vale la pena di rispondere. Subito il bambino dimostra di essere una

fonte attivissima di messaggi e richieste cui dobbiamo rispondere, anche con il non verbale.

Grimaldi. In effetti, quando poi lo visito, cerco il suo sguardo, lo coccolo, gli sorrido, comincio a toccarlo quando mi sembra ci sia un contatto.

Gangemi. In questo modo anche i genitori vedono come questo tipo di scambio sia utile, piacevole, rilassante. Spezzando la catena affannosa del “fare qualcosa” (proviamo a dargli da bere, avrà caldo, proviamo a prenderlo in braccio ecc.) con un intervento che è soprattutto di contatto e di relazione, imparano a dare al loro bambino, nei momenti di pianto, non un oggetto (acqua, latte ecc.), ma se stessi.

Grimaldi. E poi finalmente dico che è tutto a posto. Il bimbo è sano ed è bellissimo.

Torniamo a sederci e spiego alla mamma che il risultato della visita era quasi scontato ma che mi premeva tranquillizzarla e parlare con lei anche di altre cose. Occorre spiegare ai genitori che il bimbo si nutrirà dei loro comportamenti e dell’ambiente in cui sarà cresciuto...

Gangemi. ...ti interrompo un momento, a proposito del nostro “spiegare”: noi dedichiamo a questo molto del nostro tempo e spesso dimentichiamo che una regola della comunicazione consapevole è quella di fornire le nostre spiegazioni a pezzettini, diluite: solo in questo modo le informazioni che dobbiamo dare passano all’interlocutore in modo tale da essere complete, comprensibili, utilizzabili. Ancora un’ultima considerazione su quello che dici: hai in mente i due genitori e non tieni in ombra una parte del sistema familiare, come può succedere quando per es. il papà non è fisicamente presente. In questo caso ci può aiutare l’uso del plurale nella conversazione (“fate”, cominciate a...” ecc.).

Grimaldi. Comunicare come... comunicare cosa... serve formazione in entrambi i campi: quello della conoscenza scientifica (anche sulle cose più banali, che sono poi i bisogni maggiori...) e

quello della capacità di relazionarsi (che è l'arte del saper comunicare). Ma serve anche l'acquisizione della consapevolezza del proprio ruolo.

Zanetto. Possiamo dire che quello che succede, dunque, tra il pediatra e i genitori durante la consultazione, oltre a essere importante per la salute del bambino in quel momento, è anche la costruzione di una storia relazionale con quella famiglia, che si va strutturando con delle regole: in qualche modo i genitori "imparano" un modo di comunicare e di agire alla malattia o il benessere del bambino insieme al proprio pediatra.

Grimaldi. Sì, credo che possiamo allora concludere, da tutte queste nostre considerazioni, che la prima visita nell'ambulatorio pediatrico è davvero un momento cruciale dal punto di vista comunicativo: essere curiosi e saper raccogliere le informazioni, saper formulare le domande, raccogliere le emozioni, riuscire a integrare le proprie indicazioni con quello che l'interlocutore ha in mente, qualificare le competenze genitoriali, sono alcune delle abilità che il pediatra deve mettere in campo per facilitare la costruzione e il mantenimento di una buona relazione con la famiglia. ♦

Bibliografia

- (1) Launer J. Narrative-based primary care. A practical guide. Radcliffe Medical Press 2002.
 (2) Gangemi M, Quadri S. Il counselling in pediatria di famiglia. UTET Periodici Scientifici 2000.

PEDIATRI IN AFRICA: L'IMPEGNO DI MEDICI CON L'AFRICA

Il reparto di pediatria dell'ospedale di Uige, in Angola, è zeppo all'inverosimile, soprattutto in piena stagione della piogge quando la malaria è ancora più cattiva. Ciò che colpisce entrandovi è la quantità di gente presente, mamme che portano bambini sulla schiena e utensili impilati in testa, lattanti avvolti in fagottini variopinti o afflosciati inermi tra le braccia che respirano con un gemito flebile premonitore di un evento tragico. Ovunque sguardi intensi, intristiti, sorridenti, affranti dal dolore, il vociare delle donne a volte minaccioso per ottenere un po' di spazio sul pavimento dove stendere la stuoia, a volte simpaticamente pettegolo, si salutano, si scambiano informazioni, supplicano un po' di attenzione per il proprio bambino. Ciò che le immagini e il racconto non riescono a comunicare, ma che resta impresso nel ricordo è un odore intenso, caldo, dovuto al sudore, alle secrezioni purulente, alla sporcizia diffusa che prende alla testa e allo stomaco e al quale dopo un po' ci si abitua, ci si deve comunque abituare se si vuole lavorare.

Seimila e duecento parti all'anno, il 5% di neonati prematuri e 5% di neonati con asfissia, una mortalità perinatale di 4,5% (forse un po' sottostimata!). Ogni giorno ci sono dai 170 ai 250 bambini presenti. Nel 2004 sono stati ricoverati 10.670 bambini, un tasso di occupazione letto del 170%, che vuol dire una presenza costante di 2-3 bambini per letto, in più le mamme con le poche indispensabili vetovoglie e, quando non bastano i letti delle stanze, si trova spazio nei corridoi.

Acqua poca, portata a mano, anzi in testa, con dei secchi e un solo ausiliario che cerca con convinzione ma poco successo di pulire. Luce niente, la notte quando si è chiamati bisogna farsi strada nei corridoi tra candele o lumini a olio ancora accesi che, posti per terra tra le stuoie, tra ciotole con i resti di una povera cena a base di polenta locale e un minimo di intingolo, tra i corpi stesi addormentati, danno all'ambiente la parvenza di un presepe surreale.

Il personale infermieristico è scarso nel numero, ogni turno è costituito da 3-4 infermieri che devono somministrare le terapie, comprese le circa 60 infusioni endovenose giornaliere, accogliere i bambini ricoverati: è comprensibile come, con questa mole di lavoro, tutto non possa essere fatto e soprattutto fatto bene. Il problema del personale sanitario in Angola non è soltanto nel numero ma anche nella qualità del lavoro: abituato a pratiche obsolete e a volte dannose, ha bisogno di essere aggiornato, formato, motivato. Proprio per questo l'impegno di Medici con l'Africa non è solo di tipo clinico o di fornitura di attrezzature e materiali o di costruzione di dispensari e ospedali, ma è anche indirizzato a investire nella formazione del personale locale per porre le basi per uno sviluppo autonomo.

Personalmente considero un privilegio aver avuto l'opportunità di vivere un'esperienza così intensa dal punto di vista umano e professionale.

Carmelo Fanelli, pediatra, Medici con l'Africa Cuamm

Medici con l'Africa è un'organizzazione non governativa di cooperazione sanitaria che opera in Angola, Etiopia, Kenya, Mozambico, Rwanda, Tanzania e Uganda con interventi che si sviluppano in attività ospedaliere e territoriali fortemente integrate nel tessuto sanitario e sociale del Paese.

Per sostenere i programmi in corso e per potenziare i futuri, **Medici con l'Africa sta reclutando specialisti e specializzandi in Pediatria.**

Gli **specialisti** vengono inseriti in progetti di supporto al settore pediatrico di ospedali pubblici o privati non profit.

Per gli **specializzandi** esiste un'apposita iniziativa, denominata *Junior Project Officer*, che offre l'opportunità di svolgere un periodo di Specialità in Africa inserendosi in un progetto con la supervisione di un medico senior dell'organismo.

Prima del periodo all'estero, gli interessati sono chiamati a svolgere un percorso formativo volto ad agevolare l'inserimento nei sistemi e nei servizi sanitari africani.

Informazioni: Medici con l'Africa Cuamm – Settore Risorse Umane
 (telefono 049 8751279, www.mediciconlafrica.org)