

Il pediatra: vittima o complice?

Relazione al Convegno "L'ansia cresce, ma non fa crescere. Genitori, pediatri e la salute dei bambini" (Bergamo, 15 febbraio 2008)

Michele Gangemi

Pediatra di famiglia e formatore al counselling sistemico, Verona

Abstract

The paediatrician: victim or accomplice?

Paediatric prescription could be greatly improved, this is what both the ARNO report and the SPES 2002-2003 study group underlined. The article analyzes the Italian context from the viewpoint of evidence based and narrative medicine. Medical education and training cannot leave out of consideration both aspects: content and relation.

Quaderni acp 2008; 15(4): 175-176

Key words *Pharmacoepidemiology. Child primary care. Narrative based medicine. Evidence based medicine. Counselling*

Il rapporto ARNO 2003 e lo studio del gruppo SPES 2002-2003 mettono in evidenza che la prescrizione farmaceutica in età pediatrica è suscettibile di ampio miglioramento. L'articolo analizza il contesto italiano e propone una chiave di lettura dei dati sia in ottica evidence based medicine che in quella narrativa. La formazione necessaria non può prescindere da entrambi gli aspetti: quello del contenuto e quello della relazione.

Parole chiave *Farmacoepidemiologia. Cure primarie. Narrative based medicine. Evidence based medicine. Counselling*

Il contesto italiano

Il rapporto ARNO 2003 fotografa la prescrizione farmacologica ai bambini italiani nell'ambito delle cure primarie [1]. Il campione esaminato rappresenta il 13% della popolazione infantile e coinvolge 24 ASL (12% del totale sul territorio nazionale).

Pur con i limiti già evidenziati (non è possibile correlare la prescrizione con la diagnosi e sfuggono i farmaci non dispensati dal Sistema Sanitario Nazionale), questi dati rappresentano un indice indiretto di informazioni utile per la salute pubblica. Va subito detto che la spesa complessiva rappresenta il 3% della spesa farmaceutica totale e quindi si potrebbe essere tentati di non riflettere sul dato, in quanto economicamente non significativo. Vi è però la forte convinzione che una riflessione su questi dati possa rappresentare un importante punto di partenza per la formazione dei pediatri in un ambito più vasto della prescrizione di farmaci, peraltro ampiamente migliorabile in termini di appropriatezza. Proviamo, quindi, a procedere con ordine e a riassumere i messaggi chiave che emergono dal rapporto:

1. sono utilizzati 645 principi utilizzati a fronte della ventina che sarebbe suffi-

ciente per gestire i principali problemi nell'area delle cure primarie;

2. l'associazione amoxicillina-clavulanico è il principio attivo più utilizzato in Italia, nonostante l'amoxicillina non associata resti il farmaco di riferimento nella gran parte delle patologie nell'ambito delle cure primarie;
3. la prescrizione di cefalosporine e macrolidi è in aumento, ma non sembra giustificata dai bisogni di cura in questa fascia di età;
4. il 25% dei bambini ha ricevuto almeno un farmaco antiasmatico, e questo non concorda con l'incidenza reale sia dell'asma che del "viral asthma";
5. la metà di questi ha ricevuto beclometasone per aerosol e quindi resta forte il sospetto che l'impiego di tale farmaco avvenga nella flogosi delle alte vie aeree, ove non è di alcuna utilità.

Continuiamo la nostra analisi che riflette nel nostro Paese un modello assistenziale del tutto particolare per la presenza del pediatra di famiglia.

I genitori si possono rivolgere al pediatra con accesso diretto e questa facilità di ricorso a uno specialista comporta sicuramente dei vantaggi, ma espone anche

al rischio di una medicalizzazione di problemi di origine più complessa.

Lo studio italiano nell'ambito del network SPES, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità con la partecipazione di ACP, FIMP e SIP, ha portato a interessanti rilievi [2].

Sono stati raccolti 4302 questionari negli anni 2002-2003 (metà dei 71 pediatri e metà dei genitori che si presentavano in studio nei giorni indice). Si è ottenuta con ciò una visione bilaterale della prescrizione fatta dal pediatra e si sono potute evidenziare le aspettative da parte del genitore.

Va posta attenzione al fatto che la percezione da parte del pediatra delle aspettative dei genitori era il più forte determinante per la prescrizione dei farmaci in genere (RR = 1,7) e degli antibiotici in particolare (RR = 3,6). Peraltro solo il 10% dei pediatri e il 15% dei genitori riportano una richiesta esplicita del farmaco e non sembra fuori luogo richiamare l'importanza della comunicazione non verbale in tutto ciò. A domanda precisa pochi pediatri rispondono di essere influenzati dalle pressioni dei genitori nella prescrizione farmaceutica. Ancora una volta, dal punto di vista della comunicazione-relazione, il pediatra sembra recepire con difficoltà le richieste dei genitori, come coinvolto in un gioco di cui non sa leggere le regole.

Un altro dato che emerge riguarda i bambini la cui madre ha un basso livello d'istruzione e che, proprio per questa condizione, risultano più esposti ai farmaci: questo ripropone ancora una volta il tema della disuguaglianza che, vale la pena ricordarlo, è una delle quattro priorità dell'ACP.

Discussione e proposte

Da entrambi gli studi emergono delle criticità che sono solo parzialmente affrontabili dal punto di vista dello stretto contenuto e richiedono una visione allargata alla comunicazione-relazione. Molte risposte improprie dal punto di vista pre-

Per corrispondenza:
Michele Gangemi
e-mail: migangem@tin.it

scrittivo sono riconducibili alla difficoltà d'inquadramento diagnostico delle malattie. Gli inibitori della pompa protonica nei lattanti risultano, infatti, molto prescritti e sembrano costituire un classico esempio di semplificazione della complessità. Se da un lato è vero che un tentativo *ex juvantibus* può essere giustificato nel sospetto di malattia da reflusso gastro-esofageo, dall'altro non si può ricorrere al farmaco per rigurgiti e/o reflussi che possono essere espressione di situazioni fisiologiche o spie di disagio relazionale.

Balint, nel suo storico libro *Medico, paziente e malattia*, scrive che "... il farmaco di gran lunga più usato in medicina generale è il medico stesso e cioè non è soltanto la bottiglia di medicina o la scatola di pillole che contano, ma anche il modo in cui il medico le offre al suo paziente, in verità tutta l'atmosfera in cui la medicina viene data e presa" [3].

I risultati del secondo studio sembrano proprio confermare questa tesi e cioè che meno il pediatra è consapevole del suo ruolo e più tende a prescrivere per accontentare i genitori. Giunti a questo punto, merita qualche considerazione specifica il rapporto con la famiglia. La pediatria prevede la presenza dell'interlocutore indiretto e spesso i sintomi sono riferiti da un intermediario e non dal diretto interessato. Questo aspetto introduce ancora un altro elemento di complessità nel rapporto bambino, pediatra e famiglia.

È importante comunicare con il bambino appena possibile, e non solo verbalmente, ma il pediatra deve tenere sempre presente la famiglia e il contesto sociale in cui è inserita. Il pediatra di libera scelta – ma sarebbe più appropriato definirlo di famiglia – ha la possibilità di costruire col sistema con cui interagisce un rapporto che si protrae nel tempo e, in tal senso, l'occasione fornita dai bilanci di salute sembra ottimale: le visite filtro programmate in assenza di patologia sono occasioni in cui si può approfittare per costruire una vera relazione di cura. Il pediatra, in genere non preparato nella sua formazione universitaria alla comunicazione-relazione, spesso è in difficoltà nel decodificare i veri bisogni dei genitori. Le abilità di counselling sono la premessa per potersi aprire al mondo dell'altro e per attuare un ascolto attivo [4].

Sette sono le "regole" dell'arte di ascoltare [5]:

1. non avere fretta di arrivare alle conclusioni. Le conclusioni sono la parte più effimera della ricerca;
2. quel che vedi dipende dal tuo punto di vista. Per riuscire a vedere il tuo punto di vista, devi cambiare punto di vista;
3. se vuoi comprendere quello che un altro sta dicendo, devi assumere che ha ragione e chiedere di aiutarti a vedere le cose e gli eventi dalla sua prospettiva;
4. le emozioni sono gli strumenti conoscitivi fondamentali se sai comprendere il loro linguaggio. Non ti informano su cosa vedi, ma su come guardi. Il loro codice è relazionale e analogico;
5. un buon ascoltatore è un esploratore di mondi possibili. I segnali più importanti per lui sono quelli che si presentano alla coscienza come al tempo stesso trascurabili e fastidiosi, marginali e irritanti, perché incongruenti con le proprie certezze;
6. un buon ascoltatore accoglie volentieri i paradossi del pensiero e della comunicazione. Affronta i dissensi come occasioni per esercitarsi in un campo che lo appassiona: la gestione dei conflitti;
7. per divenire esperto nell'arte di ascoltare devi adottare una metodologia umoristica, ma quando hai imparato ad ascoltare l'umorismo viene da sé.

Non si potrebbe riassumere meglio di quanto fatto da Marianella Sclavi l'ascolto attivo [5].

Una volta aperti al mondo dell'altro, è la medicina narrativa ad aiutarci a incanalare e decodificare la narrazione del paziente. Probabilmente, proprio perché la medicina narrativa è nata molto recentemente e si basa su saperi diversi, non ne è facile una definizione univoca. Giorgio Bert sostiene che "la narrazione è il ponte che permette di valicare il fossato esistente tra i modelli esplicativi della malattia del medico e quella del malato" [6]. Tentare di fondere la narrazione con le prove di efficacia è uno sforzo che dobbiamo perseguire, come sottolineato anche da Rita Charon [7].

Al termine di questa narrazione si può concludere – ma è la parte meno interes-

sante, come già detto in precedenza – che, partendo da dati oggettivi, è possibile una lettura della complessità con l'aiuto della medicina narrativa e delle abilità di counselling. La necessità, quindi, di una formazione basata non solo sulle prove di efficacia ma anche sulla medicina narrativa risulta imprescindibile per migliorare l'appropriatezza prescrittiva non solo nell'ambito delle cure primarie, ma anche in tutto il contesto pediatrico. ♦

Bibliografia

- [1] Clavenna A, Bonati M, Rossi E, et al. Il profilo prescrittivo della popolazione pediatrica italiana nelle cure primarie: il rapporto ARNO 2003. *Medico e Bambino* 2005;24(5):305-13.
- [2] Ciofi degli Atti ML, Massari M, Bella A, et al. Clinical, social and relational determinants of paediatric ambulatory drug prescriptions due to respiratory tract infections in Italy. *Eur J Clin Pharmacol* 2006;62:1055-64.
- [3] Balint M. *Medico, paziente, malattia*. Milano: Feltrinelli, 1977.
- [4] Quadrino S. *Il pediatra e la famiglia*. Roma: Il Pensiero Scientifico, 2006.
- [5] Sclavi M. *Arte di ascoltare e mondi possibili*. Milano: Le vespe, 2000.
- [6] Bert G. *Medicina narrativa*. Roma: Il Pensiero Scientifico, 2007.
- [7] Charon R. The art of medicine. Narrative evidence based medicine. *Lancet* 2008;371:296-7.

MUNCHAUSEN BY DOCTORS?

Sul prossimo numero di *Quaderni acp*, il numero 5, pubblicheremo l'articolo già annunciato da "la Repubblica"

Può esistere una Sindrome di Munchausen by doctors?
 si tratta di una provocazione?

di Italo Marinelli
 UO Pediatria, Ospedale di Agnone (IS)