

“Tengo famiglia”

Giancarlo Biasini
Direttore di *Quaderni acp*

Parole chiave *Famiglia. Servizio Sanitario Nazionale. Medico di medicina generale. Pediatria*

Ci fu un tempo in cui Leo Longanesi, giornalista, editore di periodici fortunati come *Omnibus* e *Il borghese*, disegnatore e caricaturista, propose di sostituire lo stemma dei Savoia sul tricolore con un motto “Ho famiglia” che si napoletanizzò rapidamente in “Tengo famiglia”. L’espressione è divenuta proverbiale per indicare una categoria sociologica del costume per cui l’etica di un’intera società è in grado di giustificare o accettare azioni, ma anche omissioni, che sarebbero usualmente da considerare inaccettabili. Del resto la Costituzione all’articolo 29 e al titolo “Rapporti etico-sociali” nobilitò l’assunto definendo la famiglia “società naturale fondata sul matrimonio”, quasi a volerne mettere in risalto il valore primigenio ed essenziale sotto l’aspetto ontologico con una sorta di priorità nei confronti dell’ordinamento politico dello Stato e definendo poi agli articoli 30 e 31 i doveri verso di essa delle leggi della Repubblica. Non vi è stato partito che non abbia sollecitato gli italiani nel definirsi difensore della famiglia. Ci si sarebbe potuto aspettare che il nostro Paese, dopo un lungo predominio dei partiti che, più degli altri, si dichiaravano difensori della famiglia, fosse fra i primi ad avervi stanziato risorse e sostegni. Se sia stato così, lo si può giudicare da pochi dati (OCSE 2009). Trasferimenti alla famiglia 1,36% del PIL contro la media europea a 27 Paesi del 2%; Francia 4% (tra servizi, trasferimenti e sgravi fiscali). Spesa sociale pro capite per la famiglia sul PIL (2007) Italia 4,5%, Spagna 6,0%, Francia 8,5%, Germania 10,6%, Norvegia 12,6%, Lussemburgo 14,6%. L’incidenza di povertà relativa dopo il primo figlio sale dal 10,8% al 12,1% delle famiglie. Arriva al 26,1% con il terzo figlio. Secondo l’Associazione per lo sviluppo dell’industria nel Mezzogiorno, nel 2008 al 30% delle famiglie al Sud sono mancati i soldi per i vestiti; al 50% per gli alimenti; nel 16,7% dei casi hanno pagato in ritardo le

bollette; il 21% non ha avuto soldi per il riscaldamento (27,5% in Sicilia) e il 20% per sostenere spese mediche (in Sicilia e Campania circa il 25%).

Nei Paesi del Nord Europa dove l’ispirazione religiosa non è alla base delle scelte politiche, le famiglie sono aiutate e fanno figli perché trovano possibile crescerli. Nei Paesi come il nostro, dove l’ispirazione religiosa è dichiarata essere alla base della politica, le famiglie stentano a sopravvivere e si producono cali demografici che si manifestano, ora, anche al Sud. Si parla da anni del quoziente familiare che dovrebbe aiutare, in un Paese votato al figlio unico, le famiglie che fanno più figli. Non v’è stato Piano Sanitario Nazionale che non abbia sottolineato l’impegno del SSN nella tutela della famiglia come luogo ideale per la promozione della salute, salvo a dimenticarsene nelle parti applicative. Quello del 2011-13 è a tal proposito drammaticamente opaco. Perché l’assistenza faccia della famiglia la sede privilegiata di educazione sanitaria, prevenzione, cura e riabilitazione, la sua presenza dovrebbe essere “continua, longitudinale e coerente nel tempo, integrata fra tutti i professionisti della salute che vi operano e capace di considerarla come integrata nella comunità” [1-2]. Questa sarebbe la famiglia capace di produrre una parola già consumata: *empowerment*. Oggi i medici che vi intervengono sono più monadi che professionisti in comunicazione fra di loro. Siamo di fronte sostanzialmente ad autarchie professionali. Colpa dei professionisti o delle istituzioni che proclamano, ma non sollecitano alcuna ricerca di continuità all’interno del SSN? Come è vissuto il momento del passaggio di un 14enne dal pediatra di famiglia (PdF) al medico di medicina generale (MMG)? Avviene fra carte o fra persone? Il pediatra trasmette al MMG, e il MMG ascolta la storia del cittadino che gli passa in assistenza? I traumi vissuti nella famiglia, le separazioni, i dolori, le malattie e le pseudomalattie sono argomenti di comunicazione [3]? Ma ancora prima, le ripercussioni della malattia cronica di un bambino o di un adulto sulla vita della

famiglia sono condivise tra i due o i tre medici che seguono la stessa famiglia: il pediatra, il MMG, lo specialista d’organo, il medico del consultorio, l’infermiere? O ognuno vive il suo modo di assistere per conto suo? Non solo malattie. Ci sono altri eventi che interessano la salute che andrebbero condivisi fra i vari medici che vi esercitano la professione: gli stili di vita, il problema sovrappeso-obesità, il fumo, gli infortuni domestici, i vaccini come l’antinfluenzale e l’anti-HPV, le esposizioni ad agenti, la spesso diversa gestione delle comuni infezioni delle vie aeree superiori, gli screening. Sono temi sui quali opinioni diverse, spesso esistenti, fra PdF, MMG, ginecologo, possono avere effetti deleteri. E le ASL? I rari progetti aziendali pediatrici finiscono (spesso? quasi sempre? sempre?) nel momento in cui il bambino è affidato al MMG al 14° anno o peggio al 6° anno. Non ci sarebbe un’ampia area di ricerca sul campo per queste aree di interesse comune sugli esiti di interventi preventivi iniziati in infanzia e condotti fino alla vita adulta? Non sarebbe interessante sapere se gli specializzandi percepiscono questa realtà dissociata nei servizi in cui imparano il loro mestiere? Sono preparati ad affrontarla?

L’organizzazione dei servizi attraverso cui passa chi studia ha conseguenze sulla sua formazione e sul modo con cui riporterà all’interno del SSN. I PdF tutor sentono la necessità di affrontare questi argomenti durante il periodo del loro tutoraggio o li giudicano secondari rispetto alla formazione specifica “sulle malattie” [4]? Non è, questo, un problema per l’ACP che vuole guardare lontano? ♦

Bibliografia

- [1] Definizione europea di medicina di famiglia. Documento a cura di Wonca Europe, 2003.
- [2] Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. Oxford: Oxford University Press, 1998.
- [3] Workshop Wonca Italia Assistenza alla famiglia. Il rapporto fra pediatra di famiglia e medico di medicina generale: discontinuità, contiguità o progetto condiviso? Roma, 6-7 marzo 2009.
- [4] www.gmc-uk.org/education/undergraduate/tomorrow_s_doctors_2009.a.19k.

Per corrispondenza:

Giancarlo Biasini

e-mail: giancarlo.biasini@fastwebnet.it

editoriale