

Lo specializzando nell'ambulatorio del pediatra di famiglia: il punto di vista di un Direttore di Specialità

Alfredo Guarino*, Michele Fiore**, Tommaso Montini**

*Direttore di Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Napoli "Federico II"; **Pediatra di famiglia

Dopo avere mostrato i dati relativi alla collaborazione tra la Scuola di Specializzazione in Pediatria e il pediatra di libera scelta e dopo avere raccolto la testimonianza di alcuni colleghi specialisti in Formazione dell'Università "Federico II" di Napoli, dove è prevista la frequenza dello specializzando presso il pediatra di famiglia (PdF), in questo numero della rivista coinvolgiamo il professor Guarino, direttore della Scuola di Specialità in Pediatria dell'Università "Federico II" di Napoli, e due pediatri di famiglia, Tommaso Montini e Michele Fiore che lavorano a Napoli [1].

Il professor Guarino indica alcuni punti cruciali nella formazione del medico, che attraversa un periodo di rapido cambiamento:

- l'emivita delle conoscenze mediche (definita come il tempo in cui più della metà delle conoscenze diviene obsoleta) si è ridotta a meno di cinque anni;
- il numero dei medici si sta rapidamente riducendo, ma la qualità è in miglioramento;
- le risorse pubbliche destinate alla salute sono in riduzione e si vanno spostando verso pazienti cronici e verso la terza età;
- esistono una smodata medicalizzazione e un eccesso di interventi costosi (e spesso dannosi) per i bambini con malattie acute (per esempio un'inappropriata prescrizione antibiotica per le infezioni respiratorie);
- esiste un progressivo spostamento di risorse dalla professionalità (e quindi dalla remunerazione del medico) verso investimenti tecnologici e sull'organizzazione.

Questi cambiamenti richiedono una profonda rivisitazione dei percorsi formativi degli specializzandi in pediatria. La Scuola di Specializzazione dell'Università "Federico II" di Napoli ha una

tradizione di eccellenza nella performance dei docenti e studenti ma come molte scuole ha il limite dei modelli didattici. È infatti noto che i docenti tendono a insegnare quello che conoscono meglio (per esempio alcune malattie rare) e talvolta l'insegnamento di pediatria rischia di essere ipertrofico in alcune aree di conoscenza, ma limitato in altre.

In tal senso l'approccio del pediatra di famiglia è del tutto peculiare perché centrato su aspetti ben definiti, sottolineati da T. Montini: in un ambulatorio delle cure primarie ci sono la prevenzione, il sostegno alla genitorialità, la gestione dell'acuto banale e non, ma ci sono anche la storia delle mamme e delle famiglie, i problemi sociali, il disagio, le devianze, l'adolescenza...

Il pediatra è spesso persino semplice presenza per un importante sostegno emotivo: nelle malattie croniche, nei problemi familiari, nei momenti della perdita.

In ambulatorio vi è anche l'individuazione precoce di malattie gravi, spesso occulte e sepolte in una impegnativa attività clinica molto ripetitiva. Per ottenere questo obiettivo è necessaria l'applicazione di un approccio basato su una rigorosa metodologia di anamnesi e di esame obiettivo, che rende possibile individuare le "red flags" di sospetto di patologia grave.

Queste aree sono spesso poco approfondite nei corsi di specializzazione in pediatria. Ne consegue la necessità che la formazione dello specializzando comprenda la conoscenza dell'approccio del PdF.

Una peculiarità del lavoro del pediatra, nel sistema sanitario italiano, è la necessità di risolvere problemi in tempi rapidi, con poche indagini, con pochi confronti (il pediatra lavora quasi sempre da solo), nei limiti del controllo della spesa, con alti livelli di burocratizzazione e in un contesto caotico, con sale di attesa stracolme e visite disturbate da telefoni impazziti. Sono fondamentali, dunque, l'organizzazione del lavoro e la capacità di costruirsi dei percorsi mentali, quasi automatici, per centrare i problemi e selezionare le situazioni di rischio.

Come sottolinea anche M. Fiore, l'esperienza del tirocinio dello specializzando nell'ambulatorio del PdF è indubbiamente positiva, pur dovendo porre in discussione alcuni aspetti:

Tempi. Devono essere codificate la durata del tirocinio e l'epoca durante il corso di specializzazione alla quale questa esperienza va proposta. Le due questioni sono strettamente connesse poiché un breve periodo all'inizio del percorso di specializzazione rischia di essere poco formativo e di non lasciare traccia sulle scelte professionali future; proporre viceversa almeno sei mesi di frequenza al penultimo o ultimo anno di specializzazione potrebbe comportare una forte implementazione nella pratica clinica.

Contenuti. I contenuti formativi del tirocinio presso il PdF devono essere discussi e condivisi con i responsabili della didattica della scuola, riconoscendo una specificità culturale dell'approccio alla pratica delle cure primarie, anche attraverso alcune ore di didattica frontale.

Valutazioni. La valutazione dei ragazzi alla fase del tirocinio dovrebbe essere affidata a persone terze rispetto al tutore. Il notevole sforzo organizzativo e l'impegno personale dei docenti e anche (e soprattutto) dei discenti hanno obiettivi molto ambiziosi, che rispondono alle considerazioni fatte sopra. In buona sostanza gli specializzandi beneficiano di un'ampia varietà didattica e assicurano d'altra parte una trasmissione di nuove conoscenze tra la pediatria universitaria, la pediatria ospedaliera e la pediatria di famiglia: un circolo virtuoso, in cui insegnare e apprendere si mescolano in un processo bidirezionale con benefici per tutti. Commenta T. Montini: "Benvenuti, specializzandi, dunque! Grazie del vostro entusiasmo e della vostra preparazione! Ma noi operatori... 'tiriamoci su le maniche' e attrezziamoci bene per accogliervi!". ♦

Bibliografia

[1] Gagliardo C, Aversa S, Sansotta N. La formazione dello specializzando nell'ambulatorio del pediatra di famiglia, *Quaderni acp* 2014;21(3):143.

Per corrispondenza:
Alfredo Guarino
e-mail: alfguari@unina.it