

# La prevenzione primaria del disagio del minore e l'integrazione dei servizi: il ruolo pivot dei pediatri di famiglia

Laura Migliorini\*, Nadia Rania\*\*

\*Professore Associato in Psicologia Sociale, Docente di Psicologia delle Relazioni familiari, Dipartimento di Scienze della Formazione, Università degli Studi di Genova; \*\*Ricercatore in Psicologia Sociale, Docente in Psicologia dei Gruppi e di Comunità, Dipartimento di Scienze della Formazione, Università degli Studi di Genova

La prevenzione primaria del disagio dei minori è una tematica di importanza crescente soprattutto per quanto riguarda la necessità di promuovere e sperimentare modelli di intervento che tengano conto dell'integrazione dei servizi a supporto delle famiglie. L'articolo delinea lo scenario entro il quale il ruolo del pediatra potrebbe risultare rilevante, nel processo di articolazione tra il sanitario e il sociale, all'interno di un'ottica "family centered". Questo permette di promuovere un maggior coinvolgimento dei genitori attraverso una alleanza tra il sistema familiare e i servizi territoriali educativi e di cura soprattutto nei contesti di maggiore fragilità familiare.

*Primary prevention of distress in children is of great importance mainly in regards of the need to promote and experiment intervention models that take into account the integration of services for family support.*

*The paper outlines the scenario in which the role of the pediatrician could be relevant in the articulation process between social and health issues within a family centered process of care. This could promote a greater involvement of parents through an alliance between families and community services of education and care, especially in most fragile family environments.*

## Introduzione

L'attuale condizione familiare è caratterizzata da una fragilità sempre più diffusa dovuta alle condizioni economiche, sociali e relazionali del nostro vivere quotidiano. Le famiglie in difficoltà sono in aumento: nei compiti di cura dei figli, nella precarietà delle relazioni, nella solitudine [1]. In alcuni casi queste fragilità si manifestano con condizioni di disagio conclamato nell'adulto e/o nel minore, in altri casi rimangono in una fase latente: con malattie fisiche, psichiche e in condizioni di abbandono, emarginazione, esilio ed emigrazione; oppure non si manifestano platealmente ma rimangono chiuse nel loro silenzio [2]. Questo secondo tipo di fragilità è difficile da riconoscere, ma è anche molto utile cercare di farlo per supportare queste persone e intervenire precocemente.

Nell'ambito della progettazione di una ricerca-intervento sulle famiglie, in una zona della nostra città particolarmente a rischio, ci stiamo confrontando con professionisti e operatori socio-sanitari per promuovere una riflessione condivisa su come si possa intervenire precocemente nelle situazioni familiari fragili, soprattutto con minori nella fascia 0-6 anni. La perdita dell'occu-

pazione o prolungati tempi di lavoro, uniti a un basso reddito o alla condizione di migrazione, condizionano in alcuni casi la promozione di una relazione genitoriale positiva con condizioni di trascuratezza e carenze nei confronti dei minori. In particolare le criticità del lavoro sociale in alcuni territori si possono considerare croniche e rappresentate in modo emblematico dalla percentuale di allontanamento di minori dal proprio nucleo familiare.

Dalla riflessione è emersa la necessità di sperimentare e innovare modelli d'intervento in funzione dell'integrazione dei servizi a supporto delle famiglie. Il coinvolgimento dei principali attori che agiscono sul territorio e la valorizzazione delle risorse professionali possono rappresentare un elemento rilevante per la definizione di progetti di intervento e di prevenzione su base comunitaria.

All'interno di questo scenario ci siamo ben presto resi conto che il pediatra di famiglia può svolgere un ruolo decisivo nella prevenzione primaria del disagio e nel sostegno alla genitorialità, riconoscendo e identificando i fattori di fragilità, di rischio e di protezione nell'ambito familiare al fine di individuare precocemente segnali di possibile problematicità e, nel con-

tempo, favorire le risorse. È noto, infatti, che, quando una madre e/o un padre sono sufficientemente sostenuti, le loro capacità genitoriali si rafforzano.

## I servizi "family oriented"

Il pediatra di famiglia entra in contatto con le famiglie in una fase molto delicata, legata ai primi momenti della vita del bambino in cui si strutturano routine e rituali che rappresentano un aspetto rilevante nell'organizzazione familiare. La creazione e il mantenimento di routine e rituali possono costituire un'impalcatura (*scaffolding*) che agisce in senso supportivo e positivo per lo sviluppo del bambino [3]. A tale proposito, gli interventi precoci a tutela della maternità e a sostegno della genitorialità [5,6] raggiungono maggiori livelli di efficacia attraverso l'intervento integrato dei servizi territoriali, con il coinvolgimento di pediatri di libera scelta, servizi sociali, sanitari e del Terzo Settore, al fine di razionalizzare risorse umane, strumentali ed economiche.

Il ruolo del pediatra risulta rilevante se il suo intervento è caratterizzato soprattutto da quello che in letteratura viene definito intervento "family centred". Infatti, pur essendo la salute e il benessere dei bambini e delle bambine il principale focus del lavoro pediatrico, si sta diffondendo sempre più la consapevolezza che, per promuovere il benessere e lo sviluppo del bambino, è necessario "tenere nella mente" e sostenere l'intera famiglia quale partner dell'intervento del professionista: da una cultura dell'intervento "child-centred", in cui il rapporto con la famiglia è funzionale e finalizzato al lavoro con il bambino, a una cultura del servizio "family-oriented" [7,8], in cui si svolge un lavoro di supporto e sostegno alla genitorialità che sostanzia e differenzia il lavoro con il bambino.

I servizi socio-sanitari per l'infanzia e la famiglia sono chiamati, all'interno di questa prospettiva, non solo ad andare alla ricerca di quali possano essere le condizioni

che consentono di attivare interventi e servizi in una prospettiva che possiamo definire “family friendly”, ma a considerare la famiglia il vero e proprio partner del pensare e dell’agire professionale. L’attenzione alla dimensione familiare permette di cogliere le istanze e le esigenze delle famiglie, rispondendo “relazionalmente” ai bisogni delle stesse [9]. L’alleanza tra il sistema familiare e i servizi territoriali educativi e di cura rappresenta un importante fattore di protezione soprattutto per i minori appartenenti a famiglie più fragili e con ridotte risorse sociali ed economiche.

Nel nostro contesto, la Liguria, il Piano sociale integrato regionale ha fra i propri obiettivi la riorganizzazione delle équipe degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) affinché assicurino ai cittadini l’ascolto della domanda, l’accesso al sistema integrato dei servizi socio-sanitari, lo sviluppo di comunità e la prevenzione. Inoltre prevede, nelle équipe di ATS, attività di progettazione territoriale e di governo delle reti, condotte secondo processi di coprogettazione con i soggetti del Terzo Settore e con i referenti territoriali delle ASL, in particolare medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. In quest’ottica il pediatra di famiglia potrebbe giocare un ruolo non solo di *advocacy*, per un potenziamento dei servizi e una loro maggiore qualità e accessibilità [10], ma di “pivot” nella prevenzione primaria del disagio infantile e familiare. Il pediatra mantiene un ruolo essenziale nel saper cogliere i primi segnali di rischio e le preoccupazioni genitoriali rispetto allo sviluppo armonico del bambino, cui devono seguire tempestività, precocità e appropriatezza degli interventi e delle segnalazioni [11]. Il ruolo di pivot del pediatra è rappresentato dalla possibilità di fare da collettore della capacità di integrazione nella rete dei servizi [12], di facilitazione delle interazioni fra soggetti appartenenti a culture altamente differenziate e di definizione di contesti di incontro e di collaborazione.

Ne è esempio il fenomeno del disagio dei minori, che può condurre, in alcuni casi, fino all’allontanamento di bambini e ragazzi dal proprio nucleo familiare e che investe in maniera articolata e differente diversi attori sociali [4]. Per i servizi sociali e socio-sanitari, impegnati a riconoscere e prevenire situazioni di rischio e a sostenere le famiglie in difficoltà, l’allontanamento parziale o completo costituisce una decisione rilevante a tutela del minore in condizioni di estremo rischio.

### Conclusioni

La sfida del nostro sistema socio-sanitario è produrre salute nel territorio soprattutto

### Nati per Leggere a Reggio Calabria

NpL ha iniziato ad operare a Reggio Calabria sin dalla sua nascita, negli studi di alcuni pediatri di base. Nuovo impulso è venuto dal corso di formazione tenutosi a Catanzaro nel 2014 da cui è nato il gruppo NpL di Reggio Calabria. Il primo impegno è stato un programma di letture ad alta voce presso la Biblioteca Comunale, articolato con ricorrenza bimensile, nell’anno scolastico 2014-15. Una valigia che si è riempita di libri, due grandi tappeti e la presenza di una lettrice eccezionale (Anna Calarco di Spazio Teatro) e il locale messo a disposizione si è trasformato, per 32 incontri con circa 120 famiglie, in un luogo magico: fiabe, interazione tra bimbi, genitori, lettori, laboratorio artistico con rielaborazione figurativa dei testi ascoltati. I bimbi hanno scoperto la biblioteca e sono stati educati al dono dei libri che alla fine sono stati donati alla nascente biblioteca dell’Hospice. Altre attività sono state: una giornata di promozione del progetto presso la biblioteca scolastica di Ferruzzano che ha dato avvio a un programma locale di letture ad alta voce; la partecipazione, con letture all’aria aperta, alla fiera della biodiversità, presso la Villa Comunale; nell’ambito del “maggio dei Libri”, letture rivolte a classi di scuola materna. Il programma futuro è quello di mantenere gli incontri presso la Biblioteca Comunale in occasioni “canoniche” e di rivolgersi alle periferie attraverso centri di aggregazione come le parrocchie o nelle biblioteche di quartiere contribuendo al loro rilancio. Le nostre criticità sono l’assenza di bibliotecari nel nostro gruppo e la mancanza di fondi che non ci ha consentito di organizzare un corso di formazione per lettori volontari.

*Il coordinamento Nati per Leggere Reggio: Santa Barresi (neonatologa), Annamaria Bruzese (sociologa), Enza Calcagno (neuropsichiatra infantile), Domenico Capomolla (pediatra di base), Claudia Laghi (neonatologa), Tito Squillaci (pediatra ospedaliero), Giuseppina Timpani (pediatra)*

nella fascia di età 0-6 anni in cui le famiglie possono essere “invisibili”, con l’obiettivo di supportare il bambino e la famiglia nei primi anni di vita attraverso un sistema integrato di servizi [12].

Gli interventi preventivi non sono rivolti a rimuovere i fattori di rischio, ma ad aumentare le “potenzialità” dei genitori nel contrastare gli effetti derivanti dall’essere esposti al rischio. La costruzione sociale della salute è possibile grazie all’integrazione tra sociale e sanitario: il pediatra di famiglia è coinvolto a pieno titolo in questo processo di costruzione della salute collettiva, promuovendo e favorendo l’attivazione del processo di prevenzione. La prevenzione del disagio richiede interventi a tutti i livelli della società, con programmi specifici relativi alla costruzione della rete e all’acquisizione di nuovi strumenti di lavoro da parte dei professionisti [11].

✉ [laura.migliorini@unige.it](mailto:laura.migliorini@unige.it)

1. Bastianoni P, Taurino A, Zullo F (a cura di). Genitorialità complesse. Interventi di rete a sostegno dei sistemi familiari in crisi. Edizioni Unicopli, 2011.
2. Borgna E. La fragilità che è in noi. Einaudi, 2014.
3. Migliorini L, Rania N, Cardinali P. La funzione scaffolding di routine e rituali familiari durante l’età prescolare dei figli. *Psicologia clinica e dello sviluppo*, 2015;1:155-64. DOI: 10.1449/79744.
4. Migliorini, L, Rania N, Cardinali P, Guiducci V, Cavanna D. Comparing maltreating

and foster families in Italian context. *Journal of Child and Family Studies*, 2015). DOI: 10/1007/s10826-015-0269-5.

5. Cowley S, Whittaker K, Malone M, Donnetto S, Grigulis A, Maben J. Why health visiting? Examining the potential public health benefits from health visiting practice within a universal service: a narrative review of the literature. *Intern Nurs Studies* 2015;52:465-80.
6. Charrier L, Padalino A, Monticone M, Ghiotti P, Ravaglia A. La prevenzione primaria nei Punti Nascita. Indagine conoscitiva sulle attività svolte in Piemonte sul 6+1. *Quaderni acp* 2011;18(3):98-101.
7. Kriz K, Skivenes M. Child-centric or family focused? A study of child welfare workers’ perceptions of ethnic minority children in England and Norway. *Child and Family Social Work* 2012;17:448-57.
8. Bailey DB, Armstrong FD, Kemper AR, et al. Supporting Family Adaptation to presymptomatic and “untreatable” Condition in an Era of Expanded Newborn Screening. *J Pediatr Psychology* 2009;6:648-61.
9. Bramante D. Buone pratiche per la famiglia nella comunità. In Scabini E, Cigoli V. Alla ricerca del familiare. Il modello relazionale-simbolico. Raffaello Cortina Editore, 2012.
10. Baronciani D, Vicoli L. La prevenzione dell’abuso all’infanzia: il ruolo della pediatria. La prevenzione del disagio nell’infanzia e nell’adolescenza. In: La prevenzione del disagio nell’infanzia e nell’adolescenza. Le politiche e i servizi di promozione e tutela, l’ascolto del minore e il lavoro di rete. Atti e approfondimenti del seminario nazionale (133-53). Firenze: Centro nazionale di documentazione e analisi per l’infanzia e l’adolescenza, 2002.
11. Spataro A. I disturbi del linguaggio. Il ruolo del pediatra. *Quaderni acp* 2010;17(4):159.
12. Siani P. La salute dei bambini in Italia. Dove va la pediatria? *Quaderni acp* 2015;22(1):44-50.