

Un pediatra pronto per il futuro: il progetto Pediatra 2.0 2.0 a Torino



Silvana Quadrino

Psicologa, psicoterapeuta, formatrice, Istituto CHANGE, Torino

Il pediatra è il primo a entrare in contatto con le modificazioni dei sistemi familiari, della società, dell'immagine di salute e di malattia. Perché possa svolgere in modo responsabile e attivo il suo compito di cura e di educazione alla salute in una realtà in veloce cambiamento è necessario che la sua preparazione clinica sia completata da una formazione più ampia, che comprenda competenze comunicative e relazionali, umanistiche e sociologiche, psicologiche e pedagogiche. Il progetto Pediatra 2.0 2.0 costituisce un'esperienza unica in Italia, che permette agli specializzandi della Scuola di Specializzazione in Pediatria dell'Università di Torino di effettuare un percorso triennale di sviluppo personale e professionale, affidato a formatori di professionalità diverse e modellato sulle esigenze formative via via espresse dagli specializzandi. L'articolo descrive l'esperienza del primo anno di corso, frequentato da 15 specializzandi.

The pediatrician comes in contact with changes in family systems, society, and with the image of health and illness very early. To carry out his task of health care and education in a rapidly changing reality his clinical training should be integrated by communicative, relational, humanistic, sociological, psychological and pedagogical skills. The Pediatra 2.0 2.0 project is a unique experience in Italy, it allows pediatric resident students at the University of Turin to undertake a three-year course of personal and professional development, entrusted to trainers of different professions and modeled on the training needs gradually expressed by the students. The article describes the experience of the first year of the course, attended by 15 students.

Tutti i medici dovrebbero essere preparati a svolgere il loro compito di cura in una realtà che cambia.

I pediatri ancora di più: la famiglia è un sistema in continuo cambiamento, che assorbe e al tempo stesso induce cambiamenti nella società. Il pediatra è il primo a entrare in contatto con fenomeni nuovi che modificano l'immagine di salute, l'idea di "normalità", le abitudini, i comportamenti, le richieste. Il suo ruolo non gli consente di rinunciare a svolgere una funzione attiva, consapevole, educativa nel senso più nobile del termine, nella relazione con le famiglie e con la società.

Come scrivono Alberto Villani e Giovanni Corsello nella presentazione del libro *Pediatria e bioetica* [1]: "La peculiarità della pediatria come scienza globale e immersa nel sociale, parte viva e interattiva della società, ne ha caratterizzato l'unicità e la specificità da sempre [...]. Negli ultimi anni la complessità e il ruolo del pediatra si sono ulteriormente accresciuti di responsabilità e della necessità di possedere competenze olistiche". Competenze, precisano Villani e Corsello, che vanno dalla pedagogia alla bioingegneria, alla comunicazione, alla sociologia, ecc. Competenze che consentono al pediatra di essere soggetto attivo nella realtà complessa e

in continuo cambiamento della medicina, della famiglia, della società.

Ci si accorge dei cambiamenti quando diventano così evidenti da creare preoccupazione o fastidio: è stato così, per esempio, per il fenomeno "no-vax", o per la crescente propensione dei genitori a utilizzare le informazioni trovate sul web per prendere decisioni sulla salute, sui farmaci, sulle cure per i loro bambini.

La reazione istintiva è di cercare di bloccare quei cambiamenti criticandoli, o mettendone in evidenza i rischi o l'irragionevolezza. Ne deriva un clima di contesa fra la "ragione" (dei medici, della scienza) e l'irragionevolezza di chi non segue le loro indicazioni.

Quando si parla di salute del bambino, il clima di contesa fra la famiglia e i professionisti sanitari è particolarmente controproducente: si entra con il piede sbagliato in quello che potremmo definire "il paradosso della cura". Perché il luogo della cura del bambino, il luogo dell'accudimento, dell'attenzione a tutto ciò che può farlo stare bene e della protezione da tutto ciò che può farlo stare male, è per legge di natura la famiglia.

È con la famiglia che il pediatra può (deve) costruire, giorno per giorno, un'alleanza per la salute presente e futura del bam-

bino. Per poterlo fare, oggi è più che mai necessario che possa acquisire competenze adeguate.

Formare un pediatra più completo

Il progetto Pediatra 2.0 2.0 è nato dal confronto con i giovani futuri pediatri che ho incontrato nella collaborazione con la Scuola di Specializzazione in Pediatria dell'Università di Torino, e con i pediatri e i professionisti di area materno infantile che incontro nel mio lavoro di formazione. Ne ricavo la sensazione che i genitori di oggi venissero percepiti troppo spesso come un ostacolo, e non come una risorsa per la salute del bambino: accusati di avere convinzioni errate o esagerate, di scarsa capacità nel dare regole ai figli, di scarsa disponibilità nel seguire le indicazioni e le prescrizioni del pediatra.

A tutto questo il pediatra sembra poter opporre unicamente le sue certezze scientifiche e la sua competenza clinica. Sempre più consapevole, tuttavia, della scarsa efficacia degli interventi basati sul tentativo di spiegare e di convincere, e sempre più deluso e amareggiato.

Molti pediatri, in questi anni, hanno cercato di completare le proprie competenze cercando occasioni di aggiornamento, frequentando corsi, creando gruppi di studio e di ricerca. L'idea che sta alla base di Pediatra 2.0 2.0 è quella di agire d'anticipo: di permettere ai futuri pediatri di acquisire quelle competenze durante il corso di specializzazione, nel momento in cui cominciano a confrontarsi con la realtà del proprio lavoro, ne scoprono le difficoltà e la complessità, e mantengono intatto il desiderio di svolgerlo nel modo migliore possibile. Si è delineato un progetto ambizioso, con una valenza formativa ampia, non esclusivamente "tecnica", strettamente collegata con le esperienze che i giovani specializzandi attraversano nei reparti e sul territorio, e sulle quali avvertono l'esigenza di confrontarsi e di dotarsi di strumenti concreti. Un percorso formativo basato sulla molteplicità delle conoscenze, strutturato in modo rigoroso e non casuale, inserito in modo organico nel corso quinquennale di specializzazione.

Tutto questo richiedeva due elementi di base: la fattibilità, e la chiarezza degli obiettivi formativi.

Sul primo punto si è rivelata fondamentale la disponibilità e la condivisione di intenti con il direttore e i docenti della Scuola di Specializzazione in Pediatria di Torino (in particolare il Professor Ugo Ramenghi, direttore della Scuola di Specializzazione in Pediatria di Torino, il professor Enrico Bertino, la Professoressa Alessandra Coscia). Perché il percorso che abbiamo progettato ha una collocazione particolare: non è inserito nel programma accademico, non è un “insegnamento” affidato a un docente, ma è un percorso parallelo, articolato, proposto agli specializzandi a partire dal terzo anno. Un percorso destinato ad accompagnarli per tre anni, fino al termine della specializzazione, costruito in modo da metterli a contatto con le diverse dimensioni su cui si basa il lavoro di cura con i bambini e con le famiglie di oggi, attraverso il confronto con specialisti diversi – antropologi, sociologi, neuroscienziati, studiosi di comunicazione, di pratiche narrative, di etica – in una dimensione interattiva, che alterna momenti teorici e discussione di casi e situazioni concrete.

Era fondamentale che tutto questo fosse presentato e realizzato in cooperazione stretta con il direttore e i docenti della scuola, in modo da non essere percepito come un corpo estraneo, ma come un completamento (facoltativo ma caldamente consigliato) del percorso ufficiale di specializzazione.

Fondamentale anche la sostenibilità economica, garantita dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Torino che sostiene il progetto.

Quanto agli obiettivi, il progetto ne individua quattro, strettamente connessi fra loro:

- lo sviluppo della conoscenza di sé e della consapevolezza delle proprie premesse, dei propri valori, delle proprie esperienze, del proprio modo di intendere la relazione di cura;
- l'affinamento di una logica “sistemica”, che permetta di essere consapevoli della complessità della rete di persone e sistemi coinvolti nella salute e nella cura, delle connessioni fra famiglia e società, delle valenze economiche, sociali, politiche e culturali legate alla salute, alla malattia, alle cure;
- lo sviluppo di competenze di comunicazione e di uso della narrazione nella conduzione di colloqui nei diversi momenti e nei diversi contesti dell'intervento di cura con i genitori, con i bambini e con gli adolescenti;
- lo sviluppo di competenze nell'uso dei nuovi strumenti di comunicazione (in-

ternet, WhatsApp, blog, ecc.) e delle piattaforme informatiche, in particolare quelle basate sulla narrazione [2] utilizzabili nei percorsi di cronicità, nelle patologie complesse e in tutte le situazioni in cui è necessario un coordinamento più veloce e più efficace delle informazioni e degli interventi.

Sono obiettivi che trovano un'intensa risonanza con quelli individuati dal Comitato per la Bioetica della Società Italiana di Pediatria, che li riassume in 5 parole chiave sviluppate nel testo già citato a cura di Stefano Semplici: integrità, comunicazione, limite, uguaglianza, educazione.

L'esperienza del primo anno di Pediatria 2.0 2.0

Ai 15 specializzandi (specializzande: il gruppo che si è costituito è di sole donne...) che hanno scelto di inserirsi nel percorso triennale iniziato a gennaio 2019 sono stati proposti incontri mensili di 4 ore, nella sede della Scuola di Specializzazione in Pediatria.

I temi sono stati individuati in coerenza con gli obiettivi generali del corso: aprirsi a una visione sistemica degli interventi di cura; collegarsi con la propria storia personale e con le proprie esperienze; riflettere sulle caratteristiche e sugli effetti relazionali di tutti gli atti comunicativi, compresi quelli affidati ai nuovi strumenti tecnologici; acquisire alcune tecniche specifiche per fronteggiare i momenti più impegnativi dei propri interventi [3].

Contavamo sulla multiprofessionalità del gruppo dei formatori individuati, e sul lavoro di connessione degli incontri svolto dalle coordinatrici (io e Alessandra Coscia); non avevamo in mente una serie di lezioni ma un percorso strutturato, in cui ogni incontro rappresentasse una tappa di apprendimento ben collegata al significato generale e agli obiettivi del percorso stesso. Speravamo nella partecipazione attiva delle iscritte, a cui abbiamo chiesto di contribuire allo sviluppo dei temi previsti inviandoci, fra un incontro e l'altro, quesiti, descrizioni di casi e situazioni, stimolazioni.

Immaginavamo questo primo percorso triennale come un work in progress, che ci permettesse di disegnare un progetto sempre più condiviso e ridefinito sulla base delle indicazioni e delle esigenze dei partecipanti e delle considerazioni dei formatori.

Abbiamo avuto alcune conferme:

- i dilemmi etici del lavoro del pediatra sono percepiti con molta chiarezza dei giovani futuri pediatri, che non chiedono “soluzioni” (cosa è meglio fare) ma uno spazio per esprimerli e discuterli;

- la disponibilità a cogliere spunti di riflessione che nascono dalla letteratura, dal cinema, da tutto ciò che è espressione, è molto alta: deve soltanto essere stimolata; estremamente significativo il fatto che siano arrivati dalle partecipanti materiali e indicazioni molto precisi, brani di film, romanzi, graphic novel da discutere insieme (un incontro è stato dedicato alla discussione sui limiti della formazione del medico e sulle esigenze di formazione umanistica e relazionale a partire da una graphic novel segnalata da una delle partecipanti [4]);
- la sensazione di essere inadeguati di fronte a situazioni dell'attività quotidiana nei reparti o sul territorio, che produce insicurezza e frustrazione, si modifica rapidamente nel momento in cui si trasforma in consapevolezza di ciò che manca, e di ciò che sarebbe necessario sviluppare nel percorso di specializzazione, e si trasforma in interesse e partecipazione attiva alla individuazione di temi e ambiti da sviluppare.

Abbiamo raccolto alcune esigenze specifiche, a partire dalle quali verrà progettata la prosecuzione del corso per i prossimi anni:

- di fronte alle reazioni dei bambini (e degli adolescenti) nelle diverse situazioni dell'intervento di cura i futuri pediatri avvertono la mancanza di strumenti sia per comprendere sia per intervenire; è molto significativo che la richiesta non sia stata “cosa bisogna fare”, ma “cosa può aiutare” un bambino che ha paura, è agitato o oppositivo, che non riesce a comunicare a parole;
- in particolare il tema del dolore del bambino richiede un approfondimento delle conoscenze e l'acquisizione di competenze per una gestione accogliente e efficace delle reazioni del bambino e dei genitori;
- di fronte alle manifestazioni di disagio degli adolescenti – tentativi o minacce di suicidio, crisi psicomotorie, anoressia, cutting, autoconfinamento e ritiro dal mondo esterno – che il pediatra incontra spesso, in particolare in pronto soccorso, estremo rimedio per i genitori smarriti ed esasperati, le specializzande hanno percepito la possibilità di uno spazio di intervento e di comunicazione, in attesa di interventi più specifici; la richiesta è anche in questo caso di sapere di più su questi problemi, e di acquisire alcune competenze specifiche di comunicazione con gli adolescenti in situazioni di crisi e con i genitori;
- infine, più in generale, ci sono momenti particolarmente impegnativi del lavoro

in pediatria – la comunicazione di cattive notizie; il fine vita; il consenso ai trattamenti; scelte, decisioni, consuetudini culturali dei genitori che possono mettere a rischio il bambino, ecc. – sui quali i futuri pediatri avvertono l'esigenza di riflettere, confrontarsi, acquisire maggiore consapevolezza sulle proprie premesse valoriali e sugli aspetti etici, deontologici e relazionali dei loro interventi.

A partire da queste esigenze si sta strutturando il programma del 2020, che prevede:

- incontri di primo contatto con alcuni temi chiave di Pediatra 2.0 2.0 rivolti agli specializzandi dal secondo anno al quinto: il dolore nella malattia e il dolore in assenza di cause organiche; le pro-

blematiche del consenso ai trattamenti; la comunicazione digitale; il metodo Brazelton, ecc.;

- incontri a tema, sui temi individuati dalle partecipanti, rivolti al gruppo che ha partecipato al primo anno del percorso;
- incontri a tema, sul modello di quelli proposti nel 2019, per un nuovo gruppo di specializzandi del terzo anno.

L'obiettivo è di rendere stabile la proposta formativa, in modo da permettere a tutti i futuri pediatri (quelli che "saranno pediatri dal 2020 in poi" come indica il titolo del progetto) iscritti alla Specializzazione a Torino di aggiungere al loro percorso formativo clinico un percorso completo e ricco di contenuti pluriprofessionali, scientifici, umanistici, relazionali. Al momento si trat-

ta di un'esperienza unica e innovativa, che potrebbe trasformarsi in un modello riproponibile in altre Scuole di Specializzazione e contribuire a rendere il pediatra sempre più attivo e consapevole del proprio ruolo di referente insostituibile per la salute del bambino e del futuro adulto.

✉ silvana.quadrino@gmail.com

1. Semplici S (a cura di). Pediatra e bioetica. Il Pensiero Scientifico, 2019.
2. Ingrosso M, Pierucci P (a cura di). Relazioni di cura nell'era digitale. Aracne, 2019.
3. <https://www.istitutochange.it/index.php/progetti-e-collaborazioni/61-pediatra-2020>.
4. https://www.theguardian.com/commentisfree/ng-interactive/2019/jan/15/the-proudest-day-of-graces-life-was-graduating-as-a-doctor-then-she-began-treating-patients?CMP=Share_iOSApp_Other.



I social media causano la depressione?

L'associazione tra aumento della depressione negli adolescenti e utilizzo dei social media è sotto gli occhi di tutti. La presenza di un'associazione tuttavia non significa necessariamente un rapporto di causa-effetto: anche se è intuitivo pensare che la realtà virtuale vissuta sui dispositivi cellulari favorisca l'isolamento del giovane provocando una sintomatologia depressiva, non ci sono prove di certezza per questa eziopatogenesi; infatti le relazioni tra questi fattori possono essere spiegate anche da: a) i giovani depressi utilizzano di più i social media; b) per ridurre i disturbi della solitudine i giovani si danno da fare sui social media; c) c'è un terzo fattore che ancora non conosciamo che spiega l'aumento di entrambe le condizioni. Per risolvere questi interrogativi la scienza dovrebbe utilizzare studi randomizzati controllati, ma su questo tema abbiamo a disposizione solo studi osservazionali. Ad aiutarci a rispondere se e quanto fanno male i social media ci hanno provato ultimamente due studi di popolazione. Il primo ha raccolto quasi 4.000 adolescenti canadesi di 12,7 anni di età media seguiti per 4 anni di cui sono stati misurati i sintomi depressivi e l'utilizzo di: computer, social media, televisione, videogame. Ogni ora di incremento di utilizzo dei social media e del computer nei 4 anni di osservazione era associato a un aumento di gravità dei sintomi depressivi, mentre quest'associazione era meno evidente con la televisione e completamente assente con l'utilizzo dei videogiochi; non vi erano associazioni significative tra l'esercizio fisico, lo *screen time* e la depressione, ma l'autostima peggiorava con un aumento di utilizzo dei social media e della televisione [1]. Nel secondo studio di coorte sono stati seguiti oltre 6.500 adolescenti statunitensi di 12-15 anni per un anno: l'uso dei social media oltre le 3 ore/die era associato a un elevato rischio di disturbi internalizzati anche dopo aggiustamento per fattori demografici, uso di alcol, marijuana e preesistenti disturbi mentali [2]. Quindi social media da abolire? No! Dicono i ricercatori, non sappiamo quali mediatori potrebbero sostenere questo effetto, come per esempio una scarsa qualità del sonno, esperienze di cyberbullismo, alcune particolari piattaforme web; anzi, un uso consapevole dei social media potrebbe favorire il superamento delle barriere geografiche, l'inclusione sociale e la partecipazione a eventi. Però oggi sappiamo che non tutte le modalità di *screen time* sono a rischio depressione e che c'è una chiara associazione dose-effetto per i social media: è necessario che le nostre guide anticipatorie ne tengano conto.

1 Boers E, Afzali MH, Newton N, Conrod P. Association of Screen Time and Depression in Adolescence. JAMA Pediatr. 2019 Jul 15.

2 Riehm KE, Feder KA, Tormohlen KN, et al. Associations Between Time Spent Using Social Media and Internalizing and Externalizing Problems Among US Youth. JAMA Psychiatry. 2019 Sep 11:1-9.