

# I bisogni formativi del medico specializzando

## L'esperienza di una specializzanda nelle cure primarie

Arianna Turriziani Colonna<sup>1,2</sup> con la speciale partecipazione di Laura Reali<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università Cattolica del Sacro Cuore; <sup>2</sup>Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS Roma; <sup>3</sup>Pediatra di famiglia, ASL RM1

### I presupposti

Per uno specializzando in pediatria, pur essendo nella maggior parte dei casi previsto un periodo di turnazione presso i pediatri di famiglia, quasi tutta la formazione ruota attorno all'ospedale, alla ricerca universitaria, al terzo livello di cure. L'ultraspecializzazione in ospedale, anche nella specializzazione in pediatria, è all'ordine del giorno. Nell'università in cui ci si forma si frequentano gli ambienti dell'assistenza ospedaliera e la settorializzazione è più o meno pervasiva, ma costantemente presente.

Tuttavia la mia indole è sempre stata generalista.

Ero al mio quarto anno di specializzazione quando, per la prima volta da medico in formazione, sono entrata nell'ambulatorio di una pediatra di libera scelta. Dalla nascita fino ai 16 anni avevo frequentato l'ambulatorio della mia pediatra, come paziente e come sorella di altri due pazienti, il più delle volte in buona salute per controlli di crescita, raramente per comuni malanni stagionali. Di quello studio ricordo le pareti tappezzate di disegni dei bambini, il distributore di caramelle sulla scrivania e le schede cartacee contenenti le curve di crescita di tutti i pazienti, annotate a penna con punti blu precisi.

### L'esperienza sul territorio

Qualche mese fa, da specializzanda ormai "senior", sentivo che la mia formazione non era completa: dovevo conoscere anche l'attività sul territorio, il mondo della pediatria fuori dall'ospedale. Non avevo molto tempo per frequentare gli ambulatori dei pediatri di base ma lo ritenevo un tassello importante per scegliere la mia futura professione. Dovevo conciliare questo tirocinio con i turni ospedalieri. Desideravo dunque andare a colpo sicuro e scegliere un pediatra di famiglia che mi istruisse su come funziona la pediatria del territorio e mi insegnasse.

Mi sono fidata dei consigli di alcuni colleghi che avevano svolto un turno di due mesi presso i pediatri di libera scelta (PLS) e ho ascoltato il suggerimento del mio mentore universitario. Ho avuto così il piacere di avere come tutor sul territorio una pediatra di famiglia di Roma molto apprezzata e conosciuta, alle soglie della pensione. La inserirei nel circolo di quei PLS illuminati che fanno della salute dei loro pazienti il loro scopo di vita, dedicando a essa il triplo del tempo (e delle energie) previsto dalla legge, e, per mia fortuna, con tanta voglia di trasmettere ai giovani la propria passione e abilità.

Ho trascorso con lei mattine e pomeriggi di una stagione invernale molto impegnativa, con un elevato numero di bambini visitati durante le almeno sei ore di ambulatorio giornaliero, di-

spensando consigli telefonicamente e rispondendo a innumerevoli richieste, anche col supporto dell'esperta segretaria.

Dopo anni in cui ero immersa nell'ambiente ospedaliero-universitario ho scoperto un altro mondo: la pediatria di famiglia e le cure primarie pediatriche. Non si tratta di settori meno rilevanti o meno complessi, ma di una pediatria che definirei "complementare" a quella che impariamo in ospedale, non meno importante né più agevole. È un mondo di cura in cui il setting è diverso e anche l'obiettivo. Il pediatra di famiglia deve dedicare tempo alla prevenzione, alle famiglie, all'ascolto: rientra espressamente nei suoi compiti. È vero che l'ascolto del paziente e i consigli su prevenzione e miglioramento della qualità della vita rientrano nei compiti di tutti i medici, ma è altrettanto vero che i professionisti ospedalieri hanno priorità, obblighi e ritmi diversi e alcune mansioni sono espressamente delegate al territorio. Il PLS è tenuto a rispondere a domande che i genitori di solito neanche rivolgono ai medici ospedalieri. Per esempio, nei quattro anni precedenti di formazione non avevo mai affrontato problemi quotidiani come il trasporto in auto o l'addormentamento, non avevo mai assistito a visite di bambini a cui si era prima dato un libro da sfogliare. Eppure pediatria è anche questo. E anzi, nel quotidiano, mamme e papà chiederanno più spesso come devono trasportare in automobile i loro bambini che quanto paracetamolo dare per la febbre.

### Ospedale e cure primarie: amici o nemici

Tra dettagli e grandi differenze ho capito che la pediatria del territorio e quella ospedaliera devono coesistere e collaborare, sono il braccio destro e quello sinistro e vanno conosciute entrambe per poter definire la propria formazione completa. La conoscenza degli scopi di ciascuna e l'aver toccato con mano realtà eccellenti sia in campo universitario che di cure primarie mi hanno permesso di apprezzarle "in parallelo". Entrambe, se di buon livello, contribuiscono alla buona salute della popolazione pediatrica.

### Un servizio "a misura di bambino"

Penso che ognuno scelga il tipo di medico che vuole essere, nel senso che ognuno sceglierà quanto dedicarsi alla professione, quanto essere disponibile con i pazienti, quanto investire nello studio e nell'aggiornamento. Nella pediatria di libera scelta questo è quanto mai vero: il titolare dello studio deve sottostare a norme che regolamentano il numero di ore e le prestazioni erogabili ma in fondo sta a lui stabilire "quanto" e "come" curare i suoi pazienti. Ho visitato studi di pediatri di famiglia che non avevano neanche un gioco o un libro nelle loro sale d'attesa e sale visita, e mi sono apparsi così spogli: non a misura di bambino. Durante il mio tirocinio ho imparato cosa vuol dire realizzare degli spazi a misura di bambino, e concedergli il tempo necessario per ambientarsi e collaborare, anche per entrare nella stanza visita se il piccolo inizialmente non vuole farlo. Ritengo che andare dal pediatra debba essere piacevole; spesso, infatti, non è un obbligo, al contrario di ciò che si verifica in ospedale per visite di pronto soccorso o specialistiche. Il bambino deve percepire di essere in un ambiente a lui favorevole, così che sin da piccolo possa andarvi volentieri. Questo faciliterà l'instaurarsi di un rapporto di fiducia tra medico e paziente, che avrà come risultato una migliore assistenza da parte del pediatra, con maggiore comprensione dei bisogni del piccolo e di suoi eventuali disagi.

### L'ambulatorio del pediatra di famiglia: oneri e onori

L'ambulatorio del pediatra di famiglia, così prossimo alle famiglie, è il luogo dove si cura e si genera salute. Frequentandolo si fa esperienza di quanto sia importante nel lavoro esercitare la pazienza. Si entra in contatto con qualsiasi tipo di famiglia, incontrando bimbi, genitori, nonni, zii, baby-sitter, con

tutte le loro dinamiche. Accompagnando i pazienti negli anni si è spettatori dei cambiamenti sociali. Imparare a conoscere ciascuna famiglia nello specifico e indicare il miglior percorso di cura rientrano nelle competenze da sviluppare. Alle cure ospedaliere si ricorre il più delle volte per acuzie non risolvibili sul territorio, per cui tra le famiglie e il professionista che si incontra manca il rapporto di conoscenza reciproca preesistente. Riflettendo su questo aspetto, l'ambulatorio del PLS è un setting privilegiato (e al contempo faticoso): il PLS deve imparare a conoscere i propri pazienti e diventare il punto di riferimento di genitori e figli conciliando competenze cliniche e relazionali. Al contempo dovrà adattare le sue abilità comunicative e i possibili mezzi di cura alle richieste del paziente che si troverà davanti.

### La solitudine dei numeri uno

A tal proposito ricordiamo che in ambulatorio del PLS si hanno pochi strumenti: le proprie conoscenze, i propri sensi, fonendoscopia, otoscopia, sfigmomanometro... talvolta un collega alla porta accanto, ma il più delle volte si è soli e la semeiotica la fa da padrona. Non tutti possono essere inviati a eseguire visite o esami specialistici (sia per possibilità economiche che per appropriatezza). Grande pecca è dunque la mancanza di un collegamento diretto con le strutture di livello superiore: non c'è la possibilità di indirizzare direttamente un paziente a una prestazione specialistica con corsie dedicate. Molto spesso le corsie dedicate si creano soltanto grazie alla rete di

professionisti "amici" del PLS stesso, che vengono interpellati in prima persona per poter affrontare la questione del bambino nei tempi e modi adeguati. Purtroppo, questo fa sì che chiedere le cure migliori per i propri pazienti nei tempi giusti si configuri a volte come un favore personale e non come l'espletamento di un diritto. Se il PLS non ha gli amici giusti, l'accesso alle cure si trasforma allora in disuguaglianza sociale. Tra le innovazioni più importanti del prossimo futuro ci dovrebbe essere proprio la risoluzione di questo problema. Così come esistono reti tra gli ospedali che trasferiscono pazienti da una struttura all'altra per competenza, così dovrebbe essere possibile inviare il paziente dall'ambulatorio del PLS direttamente alla struttura specialistica dove la sua patologia possa essere presa in carico e la prestazione erogata nei tempi necessari.

### Conclusioni

Ho raccontato qui la mia breve esperienza nella pediatria di famiglia, un viaggio appassionato e illuminante che spero rientri nel curriculum di ciascun pediatra in formazione, poiché necessario per una scelta più consapevole del proprio futuro e per uno sviluppo ottimale delle cure primarie. ■

*arianna.turricane@gmail.com*

## blister

### Depressione postpartum nella coorte NASCITA

All'interno della coorte NASCITA (NAscere e creSCere in ITALIA), lo studio prospettico osservazionale progettato dall'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS e che vede coinvolta l'ACP, sono stati analizzati i dati sulla depressione postpartum delle prime visite di 2203 coppie di genitori: 529 madri (19,9%), 141 padri (6,3%) e 110 coppie (5%) hanno riportato sintomi depressivi in occasione della prima visita (tra 0 e 45 gg dalla nascita) o della seconda visita (tra 60-90 gg dalla nascita). Di questi, 141 madri (5,3% del campione totale) e 18 padri (0,8% del campione totale) sono stati classificati come "probabilmente depressi" da una valutazione del pediatra in occasione della terza visita a 5-7 mesi dopo il parto. Le madri a cui era stato diagnosticato un disturbo psichiatrico durante la gravidanza avevano un rischio quasi 10 volte maggiore di essere probabilmente depresse (OR 9,49, IC 95%: 3,20, 28,17) mentre quelle che non allattavano in modo esclusivo alla dimissione ospedaliera presentavano una probabilità più elevata di essere depresse (OR 1,76, IC 95% 1,19, 2,61). Anche i disturbi del sonno del bambino a 2-3 e a 5-7 mesi presentavano una associazione positiva con i sintomi depressivi materni (rispettivamente OR 2,46, IC 95% 1,41, 4,28 e OR 2,18, IC 95% 1,37, 3,47). La depressione paterna era associata ai disturbi del sonno a 2-3 mesi, se anche la madre presentava sintomi depressivi (OR 8,18, IC 95% 2,57, 26,08); inoltre, la presenza della partner con depressione aumentava in modo importante il rischio di sintomi depressivi nel padre (OR 8,19, IC 95% 2,57, 26,08) [1]. Il protocollo di studio prevedeva per la rilevazione di sintomi depressivi nella prima e seconda visita la somministrazione delle due domande di Whooley, un semplice ed efficace strumento di screening che permette di allertare il pediatra di famiglia e quindi di osservare con più attenzione la famiglia. Questo studio dimostra che lo screening all'interno delle cure primarie pediatriche in Italia non solo è possibile, ma è necessario per tutelare lo sviluppo del bambino oltre che per il benessere dei genitori. Per saperne di più, abbiamo già parlato degli screening della depressione postpartum e di quello che può fare il pediatra in ambulatorio nell'Articolo del mese delle Pagine elettroniche di *Quaderni acp* 2018;4 [2].

1. Segre G, Clavenna A, Cartabia M, Bonati M. Postpartum depression screening in mothers and fathers at well-child visits: a feasibility study within the NASCITA cohort. *BMJ Open*. 2023 Jun 23;13(6):e069797.
2. Articolo del mese. Depressione perinatale: interventi per realizzare un cambiamento nell'ambulatorio del pediatra. Una revisione sistematica. Pagine elettroniche di *Quaderni acp* 2018;25:am.1.