

Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto

Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto

Redazione e impaginazione a cura di

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, gennaio 2006

Copia del volume può essere richiesta a

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Sistema comunicazione, formazione, documentazione

Viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna

e-mail fsarti@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito Internet

http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/archivio_dossier_1.htm

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

Progetto di ricerca-intervento "Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto" commissionato dalla Direzione generale Sanità e politiche sociali - Servizio Assistenza distrettuale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari, condotto da

Emma Melloni consulente Studio Eglà

Donatella Pasquali Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Gruppo di pilotaggio del progetto

Mara Asciano Pediatria di comunità, Azienda USL di Rimini

Claudia Baccolini Pediatria di comunità, Azienda USL di Modena

Maria Grazia Bedetti Pediatria di comunità, Azienda USL di Bologna

Stefania Bonazzi Direzione generale Sanità e politiche sociali,
Regione Emilia-Romagna

Antonella Bonci Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Michela Bragliani Direzione generale Sanità e politiche sociali,
Regione Emilia-Romagna

Antonella Brunelli Pediatria di comunità, Azienda USL di Cesena

Elena Castelli Direzione generale Sanità e politiche sociali,
Regione Emilia-Romagna

Daniela Cavazzini Pediatria di comunità, Azienda USL di Parma

Elisa De Micheli Pediatria di comunità, Azienda USL di Piacenza

Rosanna Giordani Pediatria di comunità, Azienda USL di Bologna

Mara Manghi Pediatria di comunità, Azienda USL di Reggio Emilia

Maria Luisa Marcaccio Direzione generale Sanità e politiche sociali,
Regione Emilia-Romagna - coordinatrice del Progetto

Giuliana Mengoli Pediatria di comunità, Azienda USL di Ferrara

Anna Maria Milani Pediatria di comunità, Azienda USL di Piacenza

Marco Minarelli Pediatria di comunità, Azienda USL di Bologna

Maria Luisa Monica Pediatria di comunità, Azienda USL di Parma

Vivella Morini Pediatria di comunità, Azienda USL di Ravenna

Angela Paganelli Direzione generale Sanità e politiche sociali,
Regione Emilia-Romagna
responsabile del Programma regionale finalizzato alla
salute del bambino e dell'adolescente

Sandra Sandri Pediatria di comunità, Azienda USL di Bologna

Maria Caterina Sateriale Pediatria di comunità, Azienda USL di Ferrara

Giulio Sighinolfi Pediatria di comunità, Azienda USL di Modena

Liviana Tassinari Pediatria di comunità, Azienda USL di Forlì

Anna Tomesani Pediatria di comunità, Azienda USL di Bologna

Diana Tramonti Pediatria di comunità, Azienda USL di Ravenna

Si ringraziano sentitamente coloro che hanno contribuito a questa ricerca. La loro disponibilità a farsi coinvolgere con grande simpatia e interesse ha determinato una grande ricchezza di idee qui raccolte e su cui sarà possibile continuare a costruire nuovi percorsi di lavoro.

Indice

Sommario	7
Presentazione	11
Il progetto	13
Costruire nuovi sguardi	13
Modalità operativa	15
I soggetti coinvolti nella ricerca	15
La metodologia	17
Epistemologia operativa	17
L'analisi dei risultati	19
La traccia delle interviste e dei <i>focus</i>	19
La salute del bambino	21
Le rappresentazioni	22
Box 1. Le rappresentazioni teatrali	35
La torta della salute	40
Box 2. La torta della salute	48
L'Unità pediatrica di Distretto	49
Le metafore dell'organizzazione	50
Box 3. Le metafore	55
Se l'UPD fosse un pasto?	60
Box 4. Il pasto	66
Le caratteristiche dell'UPD	76
I servizi integrati e le idee per il futuro	93
E per concludere...	109
Bibliografia	119

Sommario

Obiettivi e metodologia

L'esigenza di fondo da cui è partita la ricerca è la ridefinizione e riprogettazione complessiva delle attività della pediatria territoriale con riferimento alla costituzione dell'Unità pediatrica di Distretto (UPD) individuata nel documento attuativo (DGR n. 309/2000) del Piano sanitario regionale 1999-2001 con la finalità di integrare funzionalmente pediatria di libera scelta, pediatria di comunità e altre professionalità che operano nel campo della salute del bambino, anche provenienti dagli Enti locali.

Obiettivi della ricerca erano:

- costruire una mappa dei significati attribuiti alla Pediatria di comunità e all'Unità pediatrica di Distretto;
- aggiungere elementi per inquadrare i problemi e le aspettative partendo da vari punti di vista;
- fornire indicazioni per nuovi orientamenti.

È stata adottata una metodologia di ricerca di tipo qualitativo - l'epistemologia operativa (Fabbri e Munari, Centro internazionale di psicologia culturale di Ginevra), strumento della psicologia culturale - perché era necessario uscire da un pensiero ormai stereotipato e accedere a concetti profondi in modo semplice e piacevole all'interno di una relazione creativa con i soggetti coinvolti.

Agli intervistati sono state poste domande inattese e sorprendenti che, diminuendo le difese, eliminano l'uso di risposte prefabbricate e portano a riflettere e a cercare nuovi corsi d'azione.

Risultati

Da tutta la ricerca emergono molte indicazioni su cui lavorare, nelle considerazioni degli intervistati, nelle interpretazioni che via via ne sono tratte e in tutte quelle che i lettori autonomamente faranno.

Partendo dalla complessità dei bisogni del bambino e della sua famiglia, le elaborazioni prodotte in forma metaforica rilanciano alcuni concetti di fondo:

- la complessità, intesa come l'inseparabilità degli aspetti sociali, sanitari, educativi, relazionali, affettivi per la comprensione dello sviluppo infantile;
- l'integrazione dei linguaggi e dei saperi per la ricerca di nuovi significati da scoprire e da studiare insieme all'interno di una nuova partecipazione;

- la centralità anche del contesto sociale, inteso come comunità che - riappropriandosi dei propri problemi - può contribuire alla presa in carico dei soggetti.

Perché un bambino cresca occorre tutto un villaggio,

dice un proverbio africano, esprimendo con semplicità e chiarezza i significati profondi che ruotano attorno alla crescita.

Emerge un forte riconoscimento del ruolo della sfera relazionale e culturale, ma anche la consapevolezza che la società non è più in grado di offrire ai bambini il contesto protettivo e strutturante che la sua crescita sana richiede.

All'interno di questa falla che si è aperta, quale ruolo possono giocare i servizi e quali percorsi possono essere creati per costruire insieme un pensiero che sorregga l'identificazione dei servizi per l'infanzia? Sembra necessaria una riflessione politica sociale e filosofica più generale per comprendere cosa i servizi devono affrontare nel lavoro concreto.

Quali caratteristiche deve avere l'UPD?

L'UPD non è definibile né strutturabile come un servizio con le modalità classiche; è un'idea complessa, è una grande sfida per affrontare il mondo composito dello sviluppo sano dei bambini.

L'UPD è intesa come "luogo sociale" in cui si elaborano conoscenza e modalità di intervento per aggregare risorse e contrastare i problemi dell'infanzia e dell'adolescenza.

A tutt'oggi però non ci sono modelli da imitare e c'è il rischio di ricadere su modelli tradizionali in contrasto con le idee innovatrici espresse; bisogna quindi investire nella ricerca di dispositivi organizzativi che rendano possibile il processo di cambiamento.

L'UPD deve ascoltare e raccogliere i bisogni, elaborare dei percorsi e costruire sinergie all'interno della rete dei servizi; deve aderire al contesto, pur mantenendo delle caratteristiche comuni.

L'UPD deve essere collocata all'interno del Dipartimento delle Cure primarie, senza però perdere le specificità che le appartengono quale servizio per l'infanzia e chiarendo il rapporto con i Nuclei di cure primarie. Deve essere un punto di raccordo tra tutto ciò che si muove intorno al bambino, l'ospedale, i servizi sociali, i servizi educativi, i genitori e la società.

E, dentro all'UPD, quale ruolo assumono le due componenti principali, la pediatria di comunità e la pediatria di libera scelta?

La PdC ha rivestito un ruolo fondamentale nella costituzione dei servizi per l'infanzia; oggi deve riposizionarsi nell'attuale contesto sociale, e svolgere un ruolo di sostegno alla costituzione dell'UPD.

La PLS viene indicata come elemento cardine su cui investire in termini di formazione, affinché gli operatori possano ricoprire il nuovo ruolo che si realizza su un piano più organizzativo e culturale e all'interno di una visione più complessiva di salute.

In sintesi, da questa ricerca emerge a più voci il bisogno di un ripensamento complessivo, per rimettere in moto i servizi ma anche la comunità con tutte le sue istituzioni e rappresentanze, verso una nuova modalità di pensiero verso una trasformazione che riaccenda una nuova azione politica, riconnetta conoscenza e azione di ricerca verso saperi non costituiti. Coinvolgere la comunità in un'azione sociale e politica di ricerca di nuove prassi sociali è l'idea che potrebbe essere lanciata come sfida per un nuovo progetto. Si devono quindi aprire tavoli di lavoro a vari livelli, con i servizi sociali, le istituzioni educative, i Comuni, per favorire un confronto, per dare corpo a sperimentazioni locali nella definizione dei Piani di zona e dei Piani per la salute.

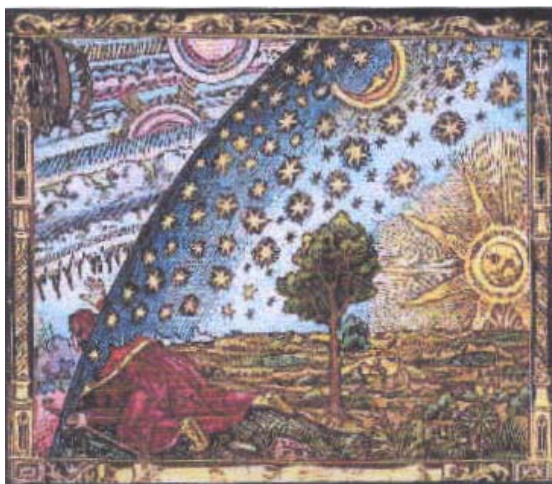
Piste operative

Nel corso della ricerca sono emerse le seguenti proposte e raccomandazioni:

- sostenere con grande energia l'integrazione tra la pediatria di comunità e la pediatria di libera scelta, attraverso la stipula di accordi regionali e aziendali, e un sostegno organizzativo e formativo finalizzato alla costruzione di un'operatività integrata a livello distrettuale;
- individuare obiettivi strategici di intervento, definire gli ambiti di lavoro e le responsabilità;
- trasformare il ruolo della Pediatria di comunità da erogatore di prestazioni a facilitatore di processi e promotore di programmi e azioni;
- sperimentare nuove modalità per l'attività vaccinale, per garantire l'organizzazione, l'esecuzione e il monitoraggio degli interventi. Protagonista di questa innovazione è l'assistente sanitaria;
- creare legami funzionali tra i vari servizi del sistema sanitario (distrettuali, ospedalieri, ecc.);
- ripensare l'attività di educazione sanitaria in particolare quella rivolta ai primi anni di vita del bambino, che potrebbe definirsi come *counseling* alla famiglia, svolta da operatori medici e non medici;
- creare le condizioni perché i luoghi di erogazione delle prestazioni diventino spazi utili per la condivisione di pratiche e la sperimentazione di nuove modalità di lavoro, e punti di incontro con le famiglie e la comunità;
- riconsiderare gli interventi con le istituzioni educative per disegnare un intervento di supporto alla scuola, alle famiglie e ai bambini;
- sviluppare interventi verso le fasce più deboli della popolazione infantile, in particolare per l'assistenza ai bambini cronici;
- promuovere forme di confronto tra operatori, servizi, istituzioni e associazioni;
- fare un grosso investimento formativo a livello regionale per creare figure che supportino una crescita culturale e un rilancio della problematica infantile, che coordinino la costruzione di nuove prassi, la formazione degli operatori, lo sviluppo di progetti interdisciplinari su nuove logiche;

- promuovere percorsi formativi per le assistenti sanitarie o infermiere professionali, più orientati verso il *case management*;
- promuovere a livello aziendale o distrettuale gruppi di auto-apprendimento o comunità di pratica su problematiche specifiche che coinvolgano pediatri di libera scelta, pediatri di comunità e varie professionalità sociali, sanitarie ed educative, allo scopo di approfondire e/o acquisire conoscenze e competenze, costruire processi di lavoro e strumenti flessibili, sviluppare un pensiero che li aiuti a entrare in contatto con la complessità dei problemi dei bambini e delle loro famiglie.

Presentazione



*Spazio spazio, io voglio, tanto spazio
Per dolcissima muovermi ferita:
voglio spazio per cantare crescere
errare e saltare il fosso
della divina sapienza.
Spazio datemi spazio
ch'io lanci un urlo inumano,
quell'urlo di silenzio negli anni
che ho toccato con mano.*

Alda Merini

La ricerca-intervento qui presentata nasce all'interno del Programma regionale finalizzato alla salute del bambino e dell'adolescente (Legge n. 34/1996): il Servizio Assistenza distrettuale dell'Assessorato alla sanità ha inteso, con questo percorso, rilanciare e sostenere l'assistenza distrettuale per l'infanzia e l'età evolutiva, imperniata sul pediatra di libera scelta (PLS).

In particolare, con la ricerca si è inteso approfondire le tematiche relative all'organizzazione delle attività della pediatria territoriale a partire dalla costituzione dell'Unità pediatrica di Distretto (UPD), individuata nel documento attuativo (DGR n. 309/2000) del Piano sanitario regionale 1999-2001 con l'obiettivo finale di integrare funzionalmente i PLS, che operano nei Nuclei di cure primarie, con l'équipe di pediatria di comunità e con altre professionalità che intervengono nel campo della salute del bambino, anche provenienti dagli Enti locali.

L'esigenza è scaturita dalle criticità incontrate nello sviluppare il progetto specifico "Presenza in carico integrata e globale (comprendente anche la famiglia) del bambino affetto da patologia cronica e/o con esiti di gravi traumi cranioencefalici/deficit anossici, con finalità anche di contenere l'evoluzione della disabilità" avviato nel corso del 2003.

La gestione del gruppo tecnico regionale, costituito *ad hoc* sul tema della cronicità, ha evidenziato una realtà complessa e contraddittoria; in particolare si rilevavano: incertezze su ruoli, responsabilità, funzioni e attori che dovevano occuparsi del problema della cronicità, una tendenza a individuare in approcci specialistici le responsabilità e le modalità della presa in carico, la presenza di un contesto organizzativo ancora in evoluzione e un non allineamento rispetto alla riprogettazione delle attività della pediatria

territoriale. In molte realtà, infatti, non era ancora stata costituita l'Unità pediatrica di Distretto e non si erano portate avanti quelle integrazioni tra pediatria di comunità e pediatria di libera scelta e con le altre professionalità che sono coinvolte nei percorsi di prevenzione e di assistenza auspicate dalla programmazione sanitaria.

Tali criticità hanno reso difficile la gestione di iniziative regionali, non permettendo una armonica costruzione di un progetto ed evidenziando, in particolare, la necessità di riconsiderare missione e funzioni di una componente essenziale alla riprogettazione dell'area pediatrica distrettuale, la Pediatria di comunità, all'interno dei Dipartimenti di cure primarie.

Consapevoli di trovarsi di fronte a un problema complesso, che porta in sé tanti risvolti - l'organizzazione dei servizi territoriali e la loro *mission*; la storia della pediatria di comunità, importante e ricca di esperienze, ma da rileggere in funzione di nuove esigenze e del ruolo sempre più rilevante della pediatria di libera scelta; la ridefinizione di professionalità, di competenze, per giocare nuovi ruoli nei servizi per la salute del bambino - si è ritenuto opportuno andare a un approfondimento dei problemi attraverso una ricerca dedicata, che ha coinvolto molti attori, non solo del settore sanitario.

La ricerca è anche un segnale di attenzione al tema della salute dell'infanzia per stimolare riflessioni e rielaborazioni e rilanciare i servizi ad essa rivolti, anche nella prospettiva del Piano regionale sociale e sanitario.

Augusto Zappi¹

¹ Responsabile del Servizio Assistenza distrettuale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari, Direzione generale Sanità e politiche sociali della Regione Emilia-Romagna.

Il progetto

Costruire nuovi sguardi

Il progetto ha preso il suo avvio da una iniziale ipotesi della Regione Emilia-Romagna di un percorso di formazione-intervento per la Pediatria di comunità allo scopo di definire ruoli e competenze di tale servizio all'interno degli interventi finalizzati alla salute del bambino e dell'età evolutiva. Tale corso doveva essere propedeutico alla rimessa in campo successivamente di singole iniziative già ipotizzate, rivolte agli operatori, che potevano così essere calate in un quadro di maggiore chiarezza organizzativa.

Alcune riflessioni inducevano però a riconsiderare il problema in modo più vasto, a prendere una pausa di riflessione che permettesse un approfondimento delle tematiche che da tanto tempo si aggirano sul campo senza trovare una sistematizzazione convincente e gestibile.

Nel lavoro sociale segnali diversi sollecitano una pausa riflessiva e ri-orientativa. Una pausa che non rimanda a chiedere aiuto a un idraulico di turno che ripari i guasti, ma piuttosto al fermarsi a discorrere guardando e riguardando le cose che si sono fatte e si stanno facendo, permettendo a ognuno di prendere la parola, agli addetti ai lavori come a quanti con loro interagiscono. Per capire e per dare senso, per trovare idee e coraggio. Per riprendere in forma più "leggera" la strada, essendosi riposati e avendo rintracciato il cammino (d'Angella et al., 2003).

Il problema che si presentava era capire all'interno di quale quadro andare a cercare spazi di riorganizzazione della Pediatria di comunità. Per rispondere a questa domanda ci si è sentiti di dover porre quesiti più ampi. Quale spazio riveste la salute dell'infanzia all'interno delle Aziende sanitarie oggi? E che cosa vuole dire oggi "salute" per l'infanzia? Come si può costruire un servizio che affronti, partendo da storie e ottiche sanitarie e sociali diverse, i bisogni dell'infanzia e delle famiglie? Quali immagini abbiamo dell'organizzazione attuale e quali possiamo ipotizzare per il futuro? Come si può lavorare insieme senza che una visione domini sull'altra?

In modo particolare sembrava che si potesse rimanere invischiati all'interno di un labirinto di stereotipie, e che fosse necessario uscire dai vicoli ciechi in cui ci si poteva trovare. Si correva il rischio di rimanere bloccati su un problema relativo alla posizione della Pediatria di comunità, pur in una nuova configurazione dei servizi all'infanzia, tra l'altro non ancora ben definita, e di fissarsi su posizioni e contrapposizioni che bloccano e consumano. Il contesto chiedeva invece di sviluppare conoscenza e confronti e mettersi in una posizione di ricerca. Il problema era riuscire a dare stimoli nuovi a servizi che si sono sentiti destinatari di cambiamenti non voluti, non ricercati e oggi non protagonisti di innovazioni frutto di un nuovo pensiero sui servizi e sull'infanzia, ma anche a coloro che a vario titolo sono impegnati nella rete dei servizi che ruotano attorno all'infanzia, coinvolgendo tutti all'interno di un percorso il più possibile partecipato di costruzione di conoscenza e di pensiero.

Si è quindi ritenuto necessario un confronto che non si fermasse alla pediatria di comunità, che pure ne rimaneva uno dei soggetti principali, ma coinvolgesse più attori del sistema, al fine di ampliare l'orizzonte interpretativo, aggiungere elementi per inquadrare i problemi,

per potere aprire e mobilitare possibilità di conoscenza che non siano solo attivazione di pensieri pre-pensati, applicazione di saperi precostituiti, per riuscire a incontrare altre visioni della realtà e dare degli elementi della realtà esterna dei significati che non siano solo quelli già acquisiti (Olivetti Manoukian, 2005a).

C'è quindi un grosso bisogno di vedersi con un altro sguardo, curioso e sereno, per ridefinirsi, proponendosi all'esterno in una luce nuova.

L'antico arazzo riportato nella Presentazione è stato scelto come emblema di questo percorso, perché rispecchia una evocazione nata dalla discussione sul progetto durante gli incontri tra esperti e committenza: l'immagine riporta un uomo curioso che si crea un varco verso una nuova dimensione, che allunga una mano per prendere, ma nello stesso tempo rimane con tutto il suo corpo sdraiato a terra, per la consapevolezza di non volere perdere l'aderenza al proprio ambiente e alla propria storia.

Questa immagine metaforica ci ha indotto a pensare che i progetti di sviluppo devono essere da un lato anticipatori di un futuro possibile e dall'altro coerenti con il passato, devono creare nuovi sguardi centrati su nuovi significati, ma a partire dalla storia e da un desiderio presente. Allo stesso modo si può uscire da un pensiero fin troppo consolidato, da una spirale che continua a contenere - insieme a valori fondanti - anche depressione e demotivazione per provare a costruire modalità operative e di conoscenza. L'innovazione ha bisogno di un nuovo sguardo che si unisce a esperienze dove l'io rimane spiazzato; allora il pensiero si fa "divergente" e genera nuove possibili "visioni".

Come fare? Da quale punto cominciare ad affrontare una problematica così vasta senza correre il rischio di estrapolarla dalla complessità dell'intero settore o incorrere in luoghi comuni e affermazioni di principio?

È stato quindi proposto un percorso di ricerca che permettesse di raccogliere più sguardi, avvalendosi di una metodologia, di strumenti e modalità qualitative, coinvolgendo oltre alla pediatria di comunità, quei soggetti che hanno ruoli strategici e decisionali nelle Aziende sanitarie, quelli che hanno compiti di programmazione sanitaria nei distretti, più alcuni professionisti che svolgono dentro e fuori al sistema sanitario attività per la fascia infantile, testimoni di istituzioni come la scuola e la famiglia, allo scopo di riflettere sulle rappresentazioni del servizio che i diversi interlocutori ci rimandano, alla ricerca di idee innovatrici che possano stimolare la crescita di una nuova visione.

La ricerca si è strutturata attorno a questi obiettivi:

- costruire una mappa degli sguardi e dei significati attribuiti alla Pediatria di comunità e all'Unità pediatrica di Distretto;
- aggiungere elementi per inquadrare i problemi e le aspettative partendo da vari punti di vista;
- fornire indicazioni per nuovi orientamenti.

Modalità operativa

La ricerca è stata pensata come strumento di intervento che contenesse in sé quelle premesse che Kurt Lewin (1972) esprime nel suo importante contributo alla ricerca in ambito psico-sociale cioè "di studiare le cose cambiandole". Eravamo consapevoli che l'avvio di un processo avrebbe non solo prodotto nuova conoscenza per gli attori coinvolti (committenti e partecipanti), ma avrebbe inevitabilmente prodotto anche cambiamenti, nuove letture, nuovi significati, nuove teorie da condividere e negoziare con gli altri.

Per questo motivo e per mantenere sempre l'aderenza alla realtà da esaminare, ci è sembrato importante che sin dall'inizio fossero coinvolti in questo processo alcuni pediatri appartenenti alla pediatria di comunità delle Aziende sanitarie della regione, ai quali si sono aggiunte, durante il percorso, alcune rappresentanti delle assistenti sanitarie (ASV).

È stato quindi costituito un gruppo di progetto che ha coinvolto pediatri e ASV, alcuni rappresentanti del Servizio Distretti dell'Assessorato e due consulenti, uno dell'Agenzia sanitaria e uno esterno, che si è incontrato più volte.

Il gruppo ha contribuito alla definizione del piano di ricerca, al monitoraggio del suo svolgimento, alla messa a punto e sperimentazione degli strumenti, alla lettura congiunta dei risultati e alla loro diffusione.

La ricerca ha avuto l'andamento proprio della ricerca intervento, per cui molti passaggi sono stati costruiti mano a mano che la ricerca procedeva, nel momento in cui il gruppo di progetto ne ravvisava la necessità.

I soggetti coinvolti nella ricerca

L'identificazione dei soggetti da coinvolgere nei *focus* e nelle interviste ha richiesto particolare attenzione. Il criterio per la scelta dei partecipanti è dato dall'individuazione di alcune funzioni e responsabilità all'interno delle Aziende:

- i responsabili delle grandi strategie: direttori generali, direttori sanitari e direttori di Distretto;
- i responsabili di decisioni organizzative e operative: direttori dei Dipartimenti delle cure primarie;
- i diretti interessati alla ricerca, cioè la pediatria di comunità nelle sue due componenti professionali;
- una serie di soggetti identificati come attori della rete: con questo termine abbiamo voluto comprendere quei professionisti dentro e fuori il sistema sanitario che si occupano dell'infanzia (pediatria ospedaliera, neuropsichiatria infantile, servizi sociali, testimoni di istituzioni come la scuola e la famiglia e i pediatri di libera scelta). Per questi ultimi, visto il ruolo fondamentale nella UPD, sarebbe stato opportuno procedere con un *focus*, ma le difficoltà incontrate hanno fatto optare per alcune interviste.

Interviste e *focus* condotti

Categorie	Chi	Strumenti	N. persone
Responsabili grandi strategie	Dirigente Assessorato	Interviste	1
	Direttore generale		1
	Direttore sanitario		2
	Direttore di Distretto		3
Responsabili organizzazione	Direttori di Dipartimento cure primarie	<i>Focus group</i>	15
Pediatria di comunità	Pediatri di comunità	<i>Focus group</i>	15
	Assistenti sanitarie visitatrici		15
Attori della rete	Pediatria ospedaliera	Interviste	2
	Neuropsichiatria infantile		2
	Pediatria di libera scelta		2
	Servizi sociali		2
	Istituzioni scolastiche: scuole dell'infanzia		1
	Famiglia		1

La metodologia

Epistemologia operativa

Come già illustrato, in questo contesto c'era bisogno di uscire dalle stereotipie legate ai ruoli professionali e ai compiti della Pediatria di comunità, allo scopo di introdurre elementi di novità. Occorreva dare agli operatori e al servizio, ma anche ai dirigenti e ai co-attori dei processi di salute dell'infanzia, una via di uscita che mostrasse la possibilità di comportamenti e atteggiamenti propri di un soggetto più attivamente coinvolto e professionalmente investito. Servivano un nuovo modo di vedere e un modo diverso di percepire i vincoli propri del ruolo, e sviluppare la capacità di uscirne quando essi imprigionano, per non rimanere intrappolati in una spirale che avviluppa e immobilizza.

Gli astronomi assiro-babilonesi pensavano che una stella può essere vista bene e in tutti i dettagli solo se non viene osservata fissandola, ma piuttosto guardandola appena un po' di lato, in questo modo non si sarà accecati dalla sua luce ed essa ci apparirà in tutti i suoi particolari (Fabbri, d'Alfonso, 2003).

Ci siamo quindi rivolti a una metodologia di ricerca di tipo qualitativo, appartenente alla psicologia culturale e all'epistemologia operativa (Fabbri, 1990; Fabbri, d'Alfonso, 2003; Fabbri, Munari, 1983a, 1983b, 1984, 1994) e che trova le sue radici nell'approccio epistemologico di Jean Piaget.

L'epistemologia operativa, strumento della psicologia culturale,

propone di utilizzare non solo il principio di razionalità, che ha legittimato per secoli la scienza e la conoscenza, ma di valorizzare anche il principio di storicità: la comprensione cioè della genesi, delle teorie spontanee, delle tradizioni, dei modi d'uso che ogni sapere, ogni conoscenza porta con sé.

Queste teorie spontanee possono spesso restare inutilizzate nella nostra mente per lungo tempo fino a che una situazione o un contesto determinato non permettono loro di rivelarsi (Fabbri, d'Alfonso, 2003).

L'epistemologia operativa è un modo di approcciare la conoscenza che si avvale di caratteristiche particolarmente adatte alla ricerca che si intendeva fare:

- permette un'esplorazione approfondita dei temi e dei concetti vasti e di grande complessità come quello della salute dell'infanzia;
- il suo carattere dinamico favorisce un gioco costante tra l'osservazione dei fatti, la loro interpretazione e le ricadute di tutto questo sul problema che si vuole studiare;
- fornisce una grande quantità di informazioni;
- mette in evidenza il ragionamento dei soggetti e quindi ciò che li ha portati a dare determinate risposte;
- sollecita una presa di coscienza nel senso che anche i soggetti possono acquisire qualcosa dall'intervista stessa;

- si fonda sulla relazione;
- conduce i soggetti a giustificare le loro risposte (Fabbri, d'Alfonso, 2003).

Ci interessava, pur nella limitatezza della ricerca e del tempo ad essa dedicato, approfondire in modo particolare il concetto di salute, concetto vasto e complesso, raccogliere il più possibile sguardi, cogliendo il ragionamento che lega nei singoli soggetti intervistati le riflessioni sulla salute e sui servizi per la salute e le proposte per il loro sviluppo, costruendo un terreno di condivisione e di nuovo interesse e motivazione sulla base di una relazione piacevole ed emozionante.

Gli strumenti utilizzati nella ricerca sono stati interviste e *focus group*. I questionari o le classiche interviste non sono sembrate idonee alla ricerca che si intendeva fare perché basate solo su uno scambio verbale che rischiava di portare a una mera esplicitazione di concetti teorici già oltremodo espressi nei vari documenti che sono stati in questi anni prodotti sul tema in questione.

Si doveva cercare di avere accesso a concetti più profondi per approdare alla coscienza in modo semplice e piacevole, all'interno di un'interazione creativa con i soggetti coinvolti allo scopo di avere una maggiore immediatezza e creatività e permettere l'elaborazione di quelle teorie spontanee di cui gli operatori sono estremamente ricchi, per valorizzarle all'interno di possibili ipotesi di cambiamento.

Nella costruzione dell'intervista è stato quindi utilizzato lo "spiazzamento cognitivo", strumento metodologico dell'epistemologia operativa, che consiste nella

proposta di una situazione o di una domanda apparentemente non collegata al tema che appare al soggetto come inattesa e sorprendente, che però proprio per questo, diminuisce le difese, elimina l'uso di risposte prefabbricate, investendo e svelando le conoscenze più profonde del soggetto... Propone come una perturbazione del sistema di credenze e di regole che l'individuo possiede e può condurlo a riflettere e forse anche a cercare nuovi corsi d'azione, in cui può prendere coscienza dei propri sistemi operativi (Fabbri, d'Alfonso, 2003, p. 29).

Ecco perché, nell'ambito del metodo di ricerca della psicologia culturale, il tema che si vuole studiare viene approcciato dopo essere stato tradotto in traslazioni metaforiche la cui presenza permette lo spiazzamento cognitivo di cui si è parlato. Esplorare una tematica significa imparare a esplorare e sperimentare anche le metafore che le possono essere attinenti: dopo queste esplorazioni il tema da cui siamo partiti sembrerà non solo più comprensibile, ma mostrerà anche degli aspetti che non si sarebbero mai sospettati prima. L'utilità della metafora non si limita solamente alla parte sperimentale della ricerca, ma anche al momento dell'interpretazione dei risultati ottenuti.

È un'interpretazione che si propone per lo sperimentatore, che può usare la metafora come strumento descrittivo-linguistico ma anche per l'interpretazione dei dati: nel momento in cui vengono creati rapporti e relazioni, quando, in ultima analisi, si costruisce o ri-costruisce l'oggetto dell'indagine, le immagini e le rappresentazioni propongono un nesso tra l'esperienza e la sua descrizione, tra la ricerca e la teoria, tra il concreto e l'astratto che può essere sia raccontato che interpretato in maniera simbolica ma efficace.

L'analisi dei risultati

La ricchezza dei materiali ottenuti usando il metodo della psicologia culturale ha permesso approfondimenti di tipo qualitativo anche a partire da un numero non elevato di soggetti.

Le interviste infatti, di lunga durata - un'ora e anche più - sono state registrate e sbobinate integralmente, come anche i *focus* che hanno coinvolto i partecipanti dalle quattro alle sei ore. Il processo di analisi ha cercato di mantenere un continuo legame tra la ricchezza umana degli incontri e le premesse generali.

È stato utilizzato il principio batesoniano di descrizione doppia: si tratta di "uno strumento metodologico che offre la possibilità di originare e discernere modelli di ordine diverso" (Keeney, 1985), alternando momenti classificatori, rispetto alla forma, a momenti esplicativi, rispetto al processo.

Mentre conosciamo e organizziamo la nostra conoscenza creiamo un'alternanza costante tra questi diversi momenti (Fabbri, d'Alfonso, 2003).

Il materiale qui raccolto è volutamente un intreccio di queste due situazioni. Per mantenere la freschezza degli interventi si è scelto di riportare stralci originali della comunicazione dei partecipanti alle interviste e ai *focus*.

La traccia delle interviste e dei *focus*

TEMA. La salute dell'infanzia

1. Se la salute del bambino fosse una torta da 500 grammi e Lei avesse a disposizione questi ingredienti:
amore, accudimento, socializzazione, prevenzione, cura, educazione
in quali proporzioni li metterebbe?
 - a. Mi può spiegare perché?
2. Se la salute dell'infanzia fosse il tema di una rappresentazione teatrale:
 - a. che rappresentazione si immagina che sia?
 - b. quali sarebbero i ruoli e gli attori coinvolti?
3. Cercando nella Sua esperienza, c'è un episodio riguardante la salute dei bambini a cui Lei ha dato particolare rilevanza?

TEMA. I servizi per la salute dell'infanzia nel distretto

4. Come si prefigura l'Unità pediatrica di Distretto?
casa, alveare, labirinto, albero, mare, mappa
 - a. Mi può spiegare perché?
5. Se l'UPD fosse un pasto:
 - a. cosa sarebbero i pediatri di comunità?
 - b. e i pediatri di libera scelta?
 - c. a questo pasto cosa mancherebbe?
 - d. mi può spiegare perché?
6. Come definirebbe l'UPD?
7. Quali caratteristiche dovrebbe avere questo servizio?

TEMA. I servizi integrati per l'infanzia

8. Per arrivare a un servizio integrato di salute dell'infanzia mi può definire come impiegherebbe le *fiches* a Sua disposizione.
In queste scatolette abbiamo delle *fiches* di diverso valore (10, 20, 50, 100) e con un diverso significato:
le *fiches* bianche riguardano le strutture
le *fiches* rosse riguardano le risorse
le *fiches* verdi riguardano le mentalità
le *fiches* blu riguardano i sostegni
Avete anche queste carte che rappresentano servizi implicati nella salute dell'infanzia: pediatri di libera scelta, pediatri di comunità, pediatria ospedaliera, servizi psico-sociali, servizi specialistici, altro

TEMA. Cosa fare

9. Prendendo in considerazione quello che risulta da questa attività, come si potrebbe intervenire, modificando cosa, in quale contesto in particolare e influenzando su quali ambiti?
10. Lei pensa di poter fare qualcosa?
11. Se adesso per concludere dovessimo aggiungere dei personaggi alla *pièce* di teatro di cui abbiamo parlato, prima quali potremmo aggiungere?

TEMA. Meta-riflessione

12. Come Le è sembrato il nostro incontro?
13. Avrebbe voluto dirci qualcosa di più o di altro?

La salute del bambino

La prima parte dell'intervista era orientata a fare emergere riflessioni sul tema "salute dell'infanzia". Era indispensabile infatti approdare alle considerazioni sulle possibili scelte organizzative per la Pediatria di comunità e per l'UPD partendo da un quadro più ampio, per non rischiare di rimanere ancorati a più fredde ragioni di tipo organizzativo.

C'è un sogno che ci anima; ci sono valori, emozioni che ci motivano; c'è un pensiero più profondo che sta dietro alle scelte che facciamo, che molte volte rischia però di rimanere nascosto e sepolto sotto il peso delle scelte operative quotidiane. Farlo riemergere contribuisce a ridare una luce nuova e permette di rivisitare le proprie scelte, di riconnetterle ai valori. E questo, ci sentiamo di affermare ora, è realmente accaduto all'interno delle interviste.

Lo spiazzamento rispetto alle domande di tipo metaforico, e il collegamento ai valori (*domande 1 e 2*) e alle emozioni (*domanda 3*), unito alla disponibilità e interesse dimostrato dagli intervistati, ha creato nei colloqui² un clima piacevole e ricco di scambi con le intervistatrici, che ha contribuito a generare una immensa ricchezza che ci auguriamo emerga dal *report* di ricerca.

Per riportare ciò che è emerso da questa area tematica si è scelto di partire dalle riflessioni emerse nelle risposte alle domande 2 e 3 per la ricchezza di stimoli che offrono e che possono orientare la lettura anche delle parti successive.

Domande intervista

1. Se la salute del bambino fosse una torta da 500 grammi e Lei avesse a disposizione questi ingredienti:
amore, accudimento, socializzazione, prevenzione, cura, educazione
in quali proporzioni li metterebbe?
 - a. Mi può spiegare perché?
2. Se la salute dell'infanzia fosse il tema di una rappresentazione teatrale:
 - a. che rappresentazione si immagina che sia?
 - b. quali sarebbero i ruoli e gli attori coinvolti?
3. Cercando nella Sua esperienza, c'è un episodio riguardante la salute dei bambini a cui Lei ha dato particolare rilevanza?

² Le domande 2 e 3 sono state fatte solo nelle interviste in quanto non adatte a un contesto collettivo.

Le rappresentazioni

Dalle rappresentazioni, dagli episodi in modo particolare, ma anche dalla costruzione della torta, emerge la grande complessità che attraversa e accompagna lo sviluppo del bambino e la costruzione dei servizi a lui dedicati. Questi due elementi - la salute e i servizi per la salute - si incrociano costantemente e le interpretazioni che si possono ricavare dalle narrazioni degli intervistati riguarderanno entrambi.

Gli elementi che si estrapolano, infatti, sono di varia natura, intimamente collegati e interdipendenti tra loro, difficilmente categorizzabili. Il quadro è così ricco che risulta difficile restituirli in forma completa, ma la sensazione che se ne ricava è di grande stimolo ed entusiasmo.

Ci siamo quindi avvicinati alla conoscenza come

un esploratore si accinge a partire per un viaggio avventuroso e pieno di imprevisti, dove tutto e anche il contrario di tutto può ugualmente succedere, dove bussole e compassi sono strumenti certo utili ma dei quali non ci si può sempre fidare, dove tutto quindi riposa sulle sue spalle e dove il senso del cammino non ha senso se non dopo averlo percorso (Munari, 1993).

Percorrendo insieme questo cammino, un primo elemento che emerge dalla metafora della rappresentazione teatrale è la riproposizione della centralità del bambino inteso come persona nella sua globalità.

Privilegerei una rappresentazione che facesse emergere il bambino come persona...

L'attore principale rimane il bambino e gli altri sono delle figure di supporto; vorrei un bambino in scena.

Concerto per violino e orchestra, dove il violino è il bambino e l'orchestra sono tutti i personaggi che fanno parte della vita del bambino a tutti i livelli.

Io la vedrei come una rappresentazione di piazza, dove tanti sono i partecipanti confusi con gli attori. Ovviamente l'attore principale è il bambino.

Già da queste prime immagini si evince un altro dato: la coralità che dovrebbe esistere attorno al bambino. Il bambino non è solo, attorno a lui ci sono una miriade di altri attori, dalla famiglia, ai nonni, agli operatori di tutti i servizi sanitari sociali ed educativi, con la presenza anche di personaggi di sfondo. Quindi, pensando ai servizi, accanto alla centralità del bambino, emerge l'interdisciplinarietà.

Un coro a più voci che si danno il cambio su una melodia che rimane tutta come sottofondo all'intera rappresentazione.

Un film, con una sceneggiatura sicuramente variegata e con un cast numeroso, con attori vari con diverse qualità, con diverse caratteristiche professionali, ruoli molto differenziati.

L'immagine di un coro con tematiche e musiche vivaci, con più voci che intonano con voci diverse. Gli attori possono essere i musicisti e i coristi, ognuno ha il suo ruolo.

L'idea del coro, dell'orchestra, del concerto ritorna più volte. In tali rappresentazioni l'elemento dell'armonia, della collaborazione, in cui ogni personaggio ha un ruolo definito dalla musica, dove il risultato c'è ed è piacevole, fa emergere un desiderio profondo di ridurre la complessità che attornia il bambino, di renderla governabile, di ricondurla all'interno di una partitura precisa da cui si può uscire solo riscrivendo una nuova melodia.

È probabile che gli intervistati abbiano rappresentato non solo la salute dell'infanzia ma anche i servizi che ruotano attorno e che accompagnano lo sviluppo e la crescita del bambino, facendo così emergere il bisogno - che attraverserà l'intera ricerca - di **ricollocare al centro delle priorità della sanità l'infanzia** con i suoi problemi e con le sue potenzialità, di ridare vita a un tema che per una società civile e democratica dovrebbe essere collocato nei primi posti.

C'è bisogno di fare nuovamente una **grande operazione culturale di ripensamento, di riflessione** che vada a stimolare molti attori, ma anche molti personaggi di sfondo, per costruire nuovi percorsi, rispettosi della storia che li ha generati dentro cui sta il valore della "centralità del bambino".

I risultati necessari a questo bambino protagonista devono essere garantiti da molti attori, con diverse professionalità, ma anche da tanti Servizi, con *mission* e appartenenze differenti, messi in rete per concorrere a

suonare con strumenti diversi la stessa musica per presidiare la complessità, per affrontarla con nuove capacità di lettura [frase di intervistato].

La complessità in sé non è una scoperta attuale,

quello che è attuale è l'averne preso coscienza e il desiderio di rispettare i fenomeni, di qualsiasi tipo essi siano, nella loro dinamica totalità e nella reciprocità dei loro rapporti con il contesto che li accoglie (Fabbri, 1990).

Essa

si presenta come difficoltà e come incertezza, non come chiarezza e come risposta (Morin, 1985).

La complessità non ha risposte ma si nutre di domande, è continua interrogazione e ciò che più colpisce è che va a toccare quello che c'è di più profondo in ogni persona, cioè il modo di ragionare e di conoscere. Ma è possibile governarla? E chi può farlo?

[intervistato] *Hanno bisogno di un direttore d'orchestra, anche se penso che non sia una sola persona che possa modificare le cose.*

Ma il direttore d'orchestra trova una definizione ampia, è colui che dà gli strumenti all'orchestra per potere autonomamente suonare,

intesa come la direzione generale, la conferenza sociale sanitaria territoriale che amministra ... se ha forti obiettivi si va avanti.

Quindi servizi integrati, in rete, di natura varia, sorretti da forti obiettivi e con una direzione di progetto, sembrano essere le idee che affiorano.

Emerge anche che i servizi devono svolgere il ruolo importante di presa in carico dei bambini e delle loro famiglie. I bambini e le famiglie hanno bisogno, soprattutto quando i problemi sono di una certa entità e toccano aspetti sia sanitari che relazionali, di essere presi in carico, di essere seguiti e accuditi con un'assunzione condivisa di responsabilità, di essere orientati e sostenuti nelle scelte che devono compiere. I servizi non possono delegare, scaricare sull'utente scelte che non competono solo a lui. Viene infatti segnalato in un episodio l'importanza che

di fronte al problema, ci sia un'organizzazione che fa fronte e che accompagna. Questo è un dato trascuratissimo in quanto si tende a usare in maniera drammatica la libera scelta.

Ma nello stesso tempo un altro episodio riporta la riflessione sul fatto che la sanità non può ignorare gli elementi affettivi e relazionali.

Non potevo fare una cosa simile, neanche a fronte di una ragione di salute; il suo benessere richiedeva di sopportare la sua malattia in famiglia. La sanità non può prevaricare sugli altri elementi.

Un altro spunto sui servizi viene dalla sottolineatura della

importanza dell'organizzazione sanitaria per la protezione di un neonato, di un bambino. Da lì si saggia la differenza tra un sistema organizzato di produzione sociale e un sistema che lascia alla responsabilità individuale e familiare il carico del tema.

L'organizzazione di attività preventive rigorose, pensate sulla base di studi epidemiologici affiancati da percorsi di presa in carico e di cura a vari livelli, rappresentano un punto di eccellenza dei servizi. L'infanzia è il momento preventivo per eccellenza. I comportamenti che si apprendono rimangono come un marchio.

Se il rapporto con l'alimentazione è buono fin dall'infanzia, l'adulto godrà di una grande risorsa per affrontare poi tutti i problemi che incontrerà nell'età adulta.

Sempre rispetto a questa tematica, un intervistato ha testimoniato:

se [il rapporto con l'alimentazione] non sarà buono, l'adulto potrà recarvi rimedio con l'impegno e la determinazione, ma sarà sempre un percorso difficile e faticoso.

Nella vita dei bambini

ci dovrebbe essere la parte sanitaria che entra e esce per rendere evidente al bambino che ci sono anche dei momenti di sofferenza. La vita è carica anche di momenti di tensione, legati alla salute, legati al futuro. Quindi se fosse una commedia, la salute e i problemi di salute dovrebbero essere dei momenti in cui il bambino misura le proprie capacità di comprendere la verità.

I servizi hanno quindi anche un compito di supporto e di ricostruzione, un compito educativo nel momento in cui aiutano i bambini e le famiglie a vivere momenti di sofferenza. Supporto, ricostruzione ed educazione vengono evidenziati con forza come elementi centrali.

Facendo un raffronto delle storie emerge un altro elemento che offre un'ulteriore sottolineatura di questi aspetti: tra tutti gli episodi raccontati, uno solo ha fatto riferimento all'emergenza sanitaria e comunque anche in quel caso non si puntava l'attenzione alle cure mediche, ma alla necessità da parte dei servizi di lavorare sulla preparazione dei genitori perché possano comprendere la situazione e fronteggiarla.

Un altro elemento importante che prende rilievo è il contesto: le rappresentazioni sono messe in scena in contesti precisi, come la piazza nel racconto già riportato. La piazza è un elemento molto importante, in particolare nella nostra cultura; è il luogo centrale del paese, nel quale gli abitanti di un paese si ritrovano per celebrare eventi particolari, gioiosi o tristi che siano, dove si svolge il mercato, dove ci si incontra per farsi compagnia, per scambiare informazioni sulla propria vita e il proprio lavoro, per discutere di politica, per narrare le proprie storie, per stare insieme. Lì ci sono i bambini che devono crescere, nelle varie fasi della loro evoluzione. I bambini sono quindi il cuore pulsante di una società, l'elemento vivo per il suo sviluppo. E i servizi devono essere in grado di condividere questi spazi.

Con la piazza emerge anche il concetto di comunità. La comunità oggi non è più un dato storico esistente, ma qualcosa da costruire socialmente.

La comunità rappresenta il modo in cui ci piacerebbe tanto vivere, ma sicuramente è un modello che vive una profonda crisi nel mondo in cui viviamo, sempre più globalizzato e privatizzato, in cui si parla di società individualizzata e sono venute meno le fondamenta epistemologiche dell'esperienza di comunità (Bauman, 2002).

La comunità è una necessità storica.

Ne hanno bisogno gli individui alla ricerca di appartenenze e di relazioni, anche per bilanciare il rischio dell'esaltazione tecnologica che sempre più sembra prendere il posto delle relazioni; ne hanno bisogno le istituzioni e i servizi. Ne ha bisogno la stessa democrazia (Martini, Torti, 2003).

Infatti, il termine comunità viene impiegato molto frequentemente in una pluralità di accezioni e in molti contesti, da quello politico a quello economico e a quello delle scienze sociali; diventa centrale nelle politiche sociali come nelle attività di cambiamento e sviluppo organizzativo e fornisce criteri di orientamento e di azione. Necessita sicuramente di essere ripulito dalle forti connotazioni ideologiche che l'avevano caratterizzato nel passato per spingersi a ritrovare il senso del "noi" e ricostruire quei legami sociali capaci di contrastare la frammentazione sociale e l'isolamento individuale senza concedere nulla alla sua idealizzazione.

Come si possono quindi intrecciare la salute del bambino con la comunità nelle sue nuove accezioni di significato? Cosa può voler dire oggi pediatria di comunità? Chi possono essere i soggetti? Quali gli strumenti e le forme organizzative?

Emerge poi la famiglia, ma non la diade madre-bambino

una famiglia dentro a una corte, dove sono presenti tutti i ruoli e i personaggi di un contesto sociale. Una corte, con il ruolo forte della famiglia, però allargata al contesto sociale mi immaginerei una vita in una corte, di quelle lombarde.

La famiglia, pur essendo una realtà importante per la salute del bambino, non viene isolata, avulsa dal contesto più generale e dalla comunità sociale nella quale è inserita.

Ma riguardo alla famiglia, vengono segnalati problemi di grande rilevanza sociale e psicologica, anche in forma drammatica, quali la perdita di significato della genitorialità.

Non c'è riconoscimento del figlio come persona a cui dedicare la propria attenzione per dare sviluppo alle sue potenzialità, ma viene invece visto come peso, da accudire, che fa spendere soldi, quindi come consumatore di energie, e non come elemento che può avere la capacità anche di vivificare la coppia. Quindi il bambino sta diventando quello che deve dare motivi e significati ai genitori perché riescano a stargli vicini per aiutarlo. Ed è un compito che i bambini si assumono con grande attenzione ma con tantissima fatica, è un grande peso, e alla fine non hanno molte risorse per crescere loro stessi.

E a volte, altro episodio drammatico raccontato da un intervistato, i servizi debbono prendere delle decisioni molto drastiche e di grande sofferenza come l'allontanamento dei bambini dalla famiglia di origine.

Lo stesso tipo di denuncia viene anche rivolta al personale sanitario. I bambini

devono tenere in piedi anche i medici, perché purtroppo si vedono e si percepiscono come figure professionali perché esercitano un'attività. E quindi chi, diciamo, "partecipa come utente" a questo servizio, deve subire quello che decidono loro, perché è la loro personalità e la loro professionalità che deve agire. Ecco allora ancora una volta, non solo devono dare significati e forza ed energia alla famiglia e ai genitori, che sono un po' disorientati e incapaci di riconoscere la propria funzione genitoriale, ma la stessa situazione si verifica verso le figure dell'educatore, della scuola, della sanità in generale in cui loro diventano oggetto perché non si riesce a vederli come soggetto e quindi loro ci restituiscono, "eh ma tu sei un bravo dottore perché mi hai curato". Non è quello... Questo diventa drammatico perché allora prosciugati in questa lotta della vita, della loro vita, per cercare di dare significato agli altri, i bambini perdono la loro identità.

Un altro elemento forte che esce dalle rappresentazioni create dagli intervistati, è la storicità.

... la rappresentazione di un romanzo storico che ha fortemente in sé l'elemento del divenire, l'elemento della storia familiare, personale, sociale. Un percorso di rivisitazione storica, dell'evoluzione, del divenire.

Attraverso questa rappresentazione si vuole segnalare l'importanza che ha la storia familiare,

non la storia che si studia a scuola, che ha comunque un elemento di distanza,

ma la storia della propria famiglia, della propria comunità sociale:

è più importante avere avuto in casa propria un operaio, anche se non è un eroe, è più importante identificarsi con una concreta esperienza di vita, piuttosto che con una visione generica.

La dimensione del racconto contiene inevitabilmente l'eroe con cui identificarsi per crescere (anche se è il padre operaio), i valori che la famiglia custodisce e l'eroe incarna, i miti che permettono un sano processo di identificazione. Ma tutto questo oggi sembra difficile, i miti rischiano di essere esterni, portati in casa dai *mass media*, gli eroi sono modelli rigidi e privi di indicazioni valoriali e spesso anche i genitori ne subiscono il fascino perdendo le loro radici, vivendo in un tempo presente a-storico in cui si assiste alla spettacolarizzazione degli affetti. Attraverso la metafora della torta un intervistato riprende questo discorso dicendo che a suo parere oggi

ormai non c'è più l'amore per il bambino, c'è la pubblicità dell'amore, ma non l'amore...

Noi stiamo vivendo in una società dell'essere, oggi, qui e ora, e non in una dimensione che motiva e ragiona sull'esistente guardando in prospettiva.

Parlare di storicità vuol dire anche parlare della dimensione del tempo. Il concetto di tempo che si vuole recuperare è quindi quello che colloca passato, presente e futuro in un *continuum* storico, tre dimensioni che si intrecciano indissolubilmente accompagnando la crescita del bambino, che è anche acquisizione di capacità di

collocare la propria esperienza in un divenire.

La salute dell'infanzia non può essere rappresentata attraverso qualcosa di breve, dicono altri intervistati, in una sequenza breve di fotogrammi:

scelgo l'opera anche per i tempi lunghi, gli atti che contiene;

è un percorso lungo per cui non mi ci stava l'idea di una rappresentazione teatrale breve, circoscritta.

L'ascolto di queste rappresentazioni fa sentire la fatica di una socializzazione che rischia di non avere eroi e miti, elementi che sono stati definiti come centrali per lo sviluppo del bambino, ma fa pensare anche al Servizio per l'infanzia che riflette su sé, al suo bisogno di ripensarsi all'interno di una storia. I Servizi sono nati in un momento storico preciso, in un contesto e con obiettivi determinati da una situazione contingente, ma nella loro crescita sono stati sostenuti da valori fondanti molto forti e interiorizzati. Successivamente, nel tempo, questi servizi si sono mossi, si sono dipanati in una condizione sociale e organizzativa che mutava, sono evoluti e forse anche involuti, si sono trasformati, o hanno resistito ai tempi.

Ma quei valori e quei miti sono mai stati riattraversati per chiedersi se sono ancora attuali, se serve trovare altri eroi perché la storia è cambiata e nuovi eroi possono essersi affacciati alla scena? E quanto è faticoso lasciare valori sui quali si è investito così tanto! È necessario forse sentire che non si lasciano, ma si trasformano, che dentro ai nuovi che si scoprono ci sono anche gli altri. Solo così forse le scoperte sono possibili. Bisogna essere comunque consapevoli che c'è stato un prima, c'è un oggi e ci sarà un domani. Non si può ragionare sui servizi solo in modo contingente ma si deve avviare una riflessione avendo un occhio attento al futuro e uno alle origini.

I valori fondanti sono ancora attuali? I bisogni di allora sono ancora quelli di oggi? Gli attori sono gli stessi o sono cambiati? e gli obiettivi? Come si può ripescare ciò che di utile c'è nella storia di ciascuno e combinarlo con i bisogni di oggi? Quali forme organizzative ciascuno può costruire?

La salute dell'infanzia viene poi rappresentata con un film per dare l'idea dell'evoluzione e del cambiamento,

dà l'idea che sia possibile cambiare gli attori che invecchiano, che possono essere cambiati nel tempo, e soprattutto possono mutare gli attori che entrano in scena.

In questo film c'è appunto la storia di una famiglia all'interno di un porto di mare.

E in questa storia troviamo anche, come elemento portante, la cultura del luogo nel quale si nasce e si cresce, che tanta parte ha nell'educazione e negli apprendimenti dei bambini.

Prendono corpo qui i valori, quei valori fondanti che ogni contesto sociale esprime, che vengono sorretti, tramandati e divulgati attraverso i propri eroi e i propri miti, nello svolgersi dei rituali.

Non a caso nel romanzo storico viene aggiunto

un personaggio mitologico che capta su di sé le caratteristiche dell'eroe, un punto di riferimento, che si batte per una causa.

C'è bisogno per i giovani di individuare punti di riferimento, personaggi positivi, importanti.

Emerge anche l'importanza dell'imparare ad apprendere:

il bambino si trova un sacco di roba già fatta, un sacco di abitudini già fatte... Il bimbo poi le deve imparare da sé, ma eredita e impara e fa sue anche quelle della comunità.

La narrazione continua immaginando

il bimbo che cresce, impara a nuotare nell'acqua, a stare nel porto, a sapersi avvicinare e allontanare dal porto e quindi a navigare lungo la costa. Poi forse dovrà accettare di andare su un'altra isola;

e qui si inserisce il concetto della conquista dell'autonomia di movimento e di pensiero.

Il bambino ha una sua personalità, ha delle capacità che, se lasciate emergere e ascoltate, possono permettere agli adulti di imparare a dare significati nuovi alla propria esistenza. In un episodio raccontato si può cogliere quanto, in un momento di sofferenza,

i bambini sono riusciti a dare significato alla vita dei loro genitori,

a fare comprendere

quanto è importante la vita e quanto è importante ogni momento.

I bambini

insegnano continuamente se si ha voglia e interesse a guardare e a capire cosa stanno insegnando.

L'ascolto dei bambini viene quindi segnalato come una capacità che gli adulti - e in modo particolare i professionisti che lavorano con i bambini - devono apprendere. Non bisogna avere sempre

l'idea di insegnare qualcosa al bambino, ma si deve sempre avvicinare il bambino per apprendere e capire come lui risolve il problema, dal suo angolo di visuale.

Noi adulti

portiamo delle soluzioni che abbiamo già trovato e che automaticamente cerchiamo di ripetere, loro ne trovano di nuove, tante volte affascinanti, di grandissimo significato per tutti.

Non si può non pensare al piccolo principe:

Fu così che a sei anni io rinunciai a quella che avrebbe potuto essere la mia gloriosa carriera di pittore. Il fallimento del mio disegno numero uno e del mio disegno numero due mi aveva disarmato. I grandi non capiscono mai niente da soli e i bambini si stancano di spiegarli tutto ogni volta. Allora scelsi un'altra professione...³

Gli adulti, per comprendere il bambino nella sua globalità personale e familiare, devono acquisire molte nuove conoscenze, fare esperienze di formazione che facciano loro toccare con mano quanta elasticità è necessaria per riuscire a stare accanto a un bambino ancora nella dimensione della scoperta e dell'apprendimento.

Le situazioni familiari a volte nascondono al loro interno problematiche di tipo sociale molto gravi, ma che non emergono se non in situazioni particolari. Lo sottolinea un intervistato in un episodio che ha narrato, della propria vita professionale.

Ma è pur vero che - aggiunge un altro - a volte ti accorgi che l'essere stato vicino a un bambino e alla sua famiglia in termini affettivi ha permesso di costruire una qualità di rapporto potente che puoi riscoprire anche dopo tanti anni di non frequentazione.

Per lo sviluppo di un bambino, di un ragazzino, l'aver avuto intorno a sé degli adulti con cui ha potuto sperimentare una relazione affettiva significativa può rappresentare

una riserva di salute che determina una componente di stabilità come il bulbo della barca a vela.

I legami costituiscono quella rete affettiva che non si vede, che non è palpabile ma che è come l'aria: se non c'è non si può vivere.

In vari episodi si riporta la complessità che c'è dietro alle domande poste dai genitori al personale sanitario, che si trova molte volte spiazzato.

noi abbiamo tutta una formazione mirata alla patologia - dice un intervistato - non mirata all'interpretazione, all'andare a cercare di capire i bambini.

Vengono chieste funzioni che non si sanno svolgere, quelle di consulente familiare:

forse è un lavoro che dobbiamo fare, non lo so, ma se è così ci dovete preparare.

³ Antoine de Saint-Exupéry. *Il Piccolo Principe*. 1943.

Emerge da parte del personale sanitario *in primis* la richiesta di capire il proprio ruolo e poi di formazione adeguata.

Alcuni episodi narrati hanno anche segnalato lo smarrimento dei genitori che, davanti a domande complesse e all'intuizione della complessità che sta dietro ai loro problemi, non trovano la strada per cercare sostegno. Bisogna creare una rete articolata e trovare anche il modo di divulgarne la conoscenza in modo capillare. Di fronte alla complessità serve anche la creatività che guidi nella ricerca di risposte nuove e possibili. Non ci sono infatti percorsi consolidati, certi e lineari, a volte è necessario cercare, creare,

inventarsi cosa fare, non mollare davanti alle barriere

culturali, economiche e normative che si incontrano e che intralciano il cammino.

Anche i servizi devono imparare ad apprendere, costruire dei percorsi di autoapprendimento e di riflessione che permettano l'elaborazione di nuovi strumenti, di nuove modalità, ma soprattutto di una nuova mentalità, di una nuova cultura.

Una rappresentazione tocca il tema dell'apprendimento e della conoscenza riferendosi alla scuola:

ci vorrebbe una scuola capace di assumersi il ruolo di sviluppo di progetti educativi, non di trasferimento di informazioni e di nozioni.

E alla scuola si riferiscono anche alcuni episodi narrati. Uno sottolinea come la scuola può *fare la differenza riguardo alla possibilità di stare bene anche per chi è in situazione di grande difficoltà e riguardo alla capacità di comprendere le difficoltà degli altri.*

Un altro, riferendosi alla scuola materna, mette in evidenza come la capacità di ascolto e di interpretazione dei bisogni unita alla flessibilità permette di organizzarsi per rispondervi, contribuendo ad affrontare piccoli e grandi problemi dei bambini e delle loro famiglie:

devo ringraziare la flessibilità delle nostre scuole che hanno saputo rispondere contravvenendo a tutte le regole.

A fianco di episodi felici, si trovano anche quelli in cui la scuola rifiuta di accogliere bambini con problematiche sanitarie, creando gravi problemi a loro e alle loro famiglie, una scuola che non riesce a fronteggiare tutte le problematiche relative al disagio e alle difficoltà di inserimento.

Un'altra rappresentazione sulla salute dell'infanzia rimanda, in sintonia con le narrazioni precedenti, al concetto di sviluppo, di cammino lungo un percorso permeato di difficoltà, rischi, pericoli, avventure:

è un film di avventura, con tante incognite da superare, ma c'è una meta, un obiettivo, e ci sono diversi personaggi. Questa è la coreografia di sistema.

Gli attori sono

figure adulte che fanno lo sforzo di mirare all'orizzonte e prevedere possibili pericoli e individuare le soluzioni per correggere il tiro, però in un percorso dove ciascuno poi, compreso il bambino, fa il suo pezzettino.

In questa narrazione è interessante l'attenzione al ruolo dell'adulto, chiunque esso sia: il genitore, l'insegnante, il medico, l'amico di famiglia. Si tratta di un ruolo di accompagnamento, di presidio dello sviluppo, di aiuto nella crescita che deve avvenire anche in modo autonomo.

Un altro elemento che emerge è

l'impegno che occorre, fisico, intellettuale e morale.

C'è attenzione amorosa, che non trascura assolutamente nulla nonostante le fatiche e le difficoltà. Ma nel percorso e nell'avventura non si deve perdere

la dimensione del rapporto individuale, dell'accudimento e della custodia

degli affetti, che sono comunque alla base della crescita armoniosa:

ci sono le carovane dove si identifica bene il ruolo dell'angolo protetto dove ci sono le mamme e i bambini e c'è una continuità di azioni mentre si viaggia.

I servizi per l'infanzia, ancora una volta in sintonia con il concetto di salute, hanno vissuto e stanno vivendo come dentro un film di avventura, misurandosi quotidianamente con decisioni difficili da prendere, con rischi e difficoltà da fronteggiare e con la necessità di identificarsi nelle figure adulte che devono definire gli obiettivi e le mete da raggiungere, e anche con la necessità di approfondire un grande impegno fisico, intellettuale e morale per garantire la tenuta organizzativa dei servizi. Si può anche evidenziare il bisogno - dentro alla grande ristrutturazione e razionalizzazione dei Servizi di questo decennio - di mantenere vivi alcuni valori fondanti che passano attraverso il riconoscimento e la valorizzazione delle singole competenze professionali, delle relazioni umane e affettive necessarie per creare un clima organizzativo positivo e sfidante, della centralità del bambino come soggetto per cui attivare le energie positive e le sinergie della rete.

Viene anche toccato il tema della quotidianità. Nella crescita armoniosa di un individuo ci sono tappe, avvenimenti importanti - sia felici che non - ma c'è una ritualità quotidiana, fatta di tutti i piccoli bisogni, di tutte le azioni che vanno presidiate e svolte e che sottolineano un atteggiamento di attenzione. I bambini vanno accuditi, ma anche i giovani devono essere seguiti nella quotidianità, seppure con modalità diverse. La soddisfazione dei bisogni primari è un elemento fondamentale su cui si possono poi costruire, ricordando la scala dei bisogni di Maslow, tutti gli altri più alti fino all'autostima. Come può un bambino, ma come può anche un operatore di un Servizio sentirsi soddisfatto e valorizzato se non vede riconosciuti i bisogni della quotidianità?

Attraverso la favola di *Alice nel paese delle meraviglie* di Lewis Carroll, favola densa di significati occulti e di simbologie, riemerge il tema della ricerca e della scoperta. Alice è una bambina che cade dentro un'altra dimensione dove scopre personaggi strani, la regina cattiva, il cappellaio matto, il gatto che sparisce, che le fanno scoprire l'altra parte della mente umana, le fanno percorrere strade non percorribili con il pensiero razionale. Alice si trova a contatto con un mondo che non capisce, che la turba, ma alla fine del suo percorso di ricerca, ritorna arricchita alla realtà.

Questa favola può simboleggiare la salute di un bambino come una strada difficile nella quale lui stesso può avere difficoltà a comprendere ciò che sta succedendo e a trovare la strada. Si può anche pensare che Alice possa simboleggiare il Servizio per la salute del

bambino e allora l'immagine che emerge è quella di un Servizio che si trova di fronte a un mondo perturbante, quello del bambino e della sua complessità del suo sviluppo, pieno di significati che richiamano nell'operatore immagini ed emozioni antiche. Il rapporto con la salute del bambino può essere problematico.

In Alice può essersi immedesimato anche l'intervistato che, per ricercare nuove soluzioni ai problemi dei Servizi dell'infanzia per portarli verso nuove dimensioni, sta sperimentando un percorso di ricerca che ha modalità nuove, diverse e creative, forse anche perturbanti e piene di incertezza.

Alice ci permette di toccare l'impensabile, ciò che sta fuori dagli schemi razionali degli adulti (il libro di storia che l'annoia fino al sonno) per aprire la via a un pensiero divergente, l'unico in grado di dialogare con il bambino per avvicinarsi a lui, per trovare soluzioni alla sua portata.

Questa necessità di non farsi catturare dagli stereotipi è sottolineata anche da chi sceglie una rappresentazione comica che contiene tutte le maschere tipiche della nostra cultura. Colpisce come questi stereotipi tocchino anche il tema del potere istituzionale che nel teatro è impersonato dal padrone (Balanzone), nei confronti della cui difficoltà di ascolto i servi (Arlecchino e Colombina) sono costretti a contrapporre la loro furbizia. In questo rapporto di potere si possono vedere le difficoltà che si incontrano in diverse istituzioni: la famiglia con la relazione tra gli adulti e il bambino; il rapporto tra questa e le altre istituzioni (scuola, sanità, ecc.); il rapporto tra Servizi che esprimono un diverso peso all'interno della stessa istituzione o tra istituzioni diverse, e infine la stessa relazione gerarchica interna ai Servizi.

Se chi ha più potere non sa ascoltare, la relazione sarà distorta, la competizione inevitabile e il risultato non sarà più visto come obiettivo comune, ma scisso in tante risposte a domande che non sono state integrate.

Ed ecco un'altra favola: *Pinocchio* di Carlo Collodi. Da questa emerge il concetto di trasformazione, attraverso pericoli, inganni, angosce, mamme buone e cattivi consiglieri. Pinocchio apprende attraverso i suoi errori cosa vuol dire crescere. Interiorizza pian piano il mondo delle regole degli adulti imparando a conoscere e controllare i suoi desideri. Il mondo intorno a Pinocchio è un mondo duro e spesso poco accogliente, ma sullo sfondo ci sono un padre e una madre capaci di amarlo per quello che è, di perdonarlo e accoglierlo anche dopo il tradimento dei patti, quando ha capito e sta ripensando la sua crescita. Questa capacità esiste oggi nelle famiglie? I *mass media* propongono un uomo anche fragile, un figlio imperfetto che apprende dai suoi errori? E le istituzioni possono "contenere" un'idea di ricerca che comprende l'errore come elemento di apprendimento e di crescita? Pensare a un nuovo modello di sviluppo vuol dire confrontarsi con questa incertezza, con l'imprevisto che è insito nella sperimentazione.

Ciò riporta anche all'importanza del gioco nello sviluppo del bambino, che viene sottolineato là dove un intervistato ha aggiunto un *clown* ai personaggi della propria storia.

Continuando nel percorso di lettura delle idee intorno al concetto di salute sviluppate dai personaggi intervistati, appare la grande ricchezza degli stimoli, degli elementi insiti nello sviluppo del bambino: questa viene sottolineata in modo particolare in un'intervista che, scegliendo l'opera lirica, la definisce:

una rappresentazione che abbia al suo interno più linguaggi possibili, mi viene in mente l'opera perché c'è la sceneggiatura, i costumi, il canto, la musica, il ballo, la mimica, la recitazione, il parlato.

Questa scelta sta a indicare ciò che poi verrà espresso successivamente nelle proposte: la necessità di utilizzare tutti i linguaggi possibili per capire il bambino e affrontare i problemi relativi al suo sano sviluppo fisico, mentale e morale:

sederci attorno a un tavolo, alla pari. I saperi non devono avere delle gerarchie, sono tutti fondamentali, importanti, tutti danno degli apporti sostanziali se vogliamo capire i bambini e lavorare insieme per aiutarli a stare bene e a crescere bene. Tutti devono sedersi attorno a un tavolo per fare ricerca, per ascoltare e poi trasformare il sapere e restituirlo.

Si tratta di rivedere il bambino nella sua globalità e complessità, rimettendo in comunicazione tra loro psiche e soma dentro a un contesto sociale, e di ricomporre anche il pensiero scientifico.

E alla richiesta di aggiungere un personaggio viene fuori un altro sapere, un altro linguaggio, quello

dell'artista con un pensiero divergente, un grande creativo, uno che riesce a stupirsi.

E ci fermiamo qui, quasi a malincuore perché più ci si addentra in queste interviste e più si trovano significati profondi, nuove connessioni, tanta ricchezza, tanti elementi da esplorare, da approfondire. Un percorso "dove tutto e il contrario di tutto può ugualmente succedere", come riportato all'inizio.

Vista la complessità del materiale proposto alla riflessione si estrapolano solo alcune parole chiave che ci sembra abbiano guidato il viaggio di ricerca per aiutare il lettore a ri-orientarsi.

- La centralità del bambino come persona globale, attore principale della sua storia.
- La coralità degli attori che si muovono attorno a lui e dalla cui integrazione può dipendere la sua crescita armonica.
- La complessità come elemento fondamentale dell'armonia, complessità che non è caos.
- La presa in carico dei bambini e delle loro famiglie come processo di orientamento e accompagnamento, educazione e sostegno nella ricerca di un proprio progetto di vita.
- Il contesto in cui oggi si gioca la relazione tra i servizi, il bambino e la sua famiglia, un contesto sempre meno definito, sempre più aperto alla comunità, in un momento in cui anche questo termine deve essere ri-declinato.
- Il significato di genitorialità, il ruolo della famiglia con tutte le sue fatiche e il suo disorientamento.

- L'appartenenza intesa come necessità di ricucire una storia, di ritrovare degli eroi e dei miti che orientino la crescita del bambino, delle famiglie e dei servizi.
- Il tempo dello sviluppo che deve contenere le tre dimensioni.
- L'evoluzione che è apprendimento continuo, sviluppo, cambiamento di cultura, necessità di ridare senso alla propria storia (di persone e di Servizi).
- L'ascolto come capacità dell'adulto di essere "vicino" al bambino e di apprendere anche da lui, un ascolto che è anche attenzione amorosa.
- La capacità di integrare i linguaggi e i saperi.
- La creatività e il pensiero "divergente" che può permettere di pensare a dimensione bambino, scoprendo nuove soluzioni.
- La possibilità di apprendere dagli errori, di essere imperfetti, ma amati ugualmente perché in questo sta il processo di crescita.

Interessa però sottolineare ancora un elemento importante: sugli aspetti valoriali che sono contenuti in questa prima parte dell'intervista non ci sono differenze tra i dirigenti di vario livello intervistati né tra le figure professionali. C'è unitarietà negli intenti, attenzione verso la problematica infantile e una profonda emozione che ha attraversato tutte le interviste.

Box 1. Le rappresentazioni teatrali

Si riportano di seguito le rappresentazioni teatrali narrate dagli intervistati.

Concerto per violino e orchestra, il violino è il bambino e l'orchestra sono tutti i personaggi che fanno parte della vita del bambino a tutti i livelli. Riprendendo la metafora della torta, i personaggi che ne fanno parte rappresentano amore, accudimento, socializzazione, prevenzione, cura, educazione che è l'orchestra attorno al bambino.

Se dovessi dire cos'è oggi direi un balletto di responsabilità rimpallata, se dovessi dire come mi piacerebbe che fosse un'opera lirica, un melodramma, un coro a più voci che si danno il cambio su una melodia che rimane tutta come sottofondo all'intera rappresentazione. Non importa chi canta, tenore o baritono, perché comunque si danno l'un l'altro il destro per la loro parte e comunque la melodia rimane ed è sempre affascinante. I ruoli del tenore soprano, cantante, solista sono dei pediatri di libera scelta, dei pediatri di comunità, della neuropsichiatria infantile, mentre i bambini e le famiglie possono essere il coro o le comparse.

Io la vedrei come una rappresentazione di piazza, dove tanti sono i partecipanti, confusi con gli attori. La scena è all'aperto, in una piazza appunto. Ovviamente l'attore principale è il bambino.

Quale personaggio aggiungerebbe al teatro di piazza?

Prima pensavo al bambino come attore, probabilmente gli attori, i bambini vanno considerati nelle varie fasi della loro evoluzione, ci aggiungerei gli adolescenti.

Un film d'avventura. Mi è emersa l'immagine dei panorami dei film western dove ci sono le montagne, lunghi percorsi, la prateria con degli uomini a cavallo, fiumi da guardare. Quindi qualcosa da superare con delle incognite. Ma c'è una meta, un obiettivo, e ci sono diversi personaggi come quello che protegge il gruppo, il gruppo che dà calore e sostegno ed è in grado di portare alla meta. Questa è la coreografia di sistema. Gli attori, figure adulte che fanno lo sforzo di mirare all'orizzonte e prevedere i possibili pericoli e individuare le soluzioni per correggere il tiro però in un percorso dove ciascuno poi, compreso il bambino, fa il suo pezzettino. Quindi c'è un cavallo da guidare. La carovana ha proprio la casa, ci sono le carovane dove si identifica bene il ruolo dell'angolo protetto dove ci sono le mamme e i bambini, c'è una continuità d'azioni mentre si viaggia e non si perde la dimensione del rapporto individuale, dell'accudimento e della custodia. C'è attenzione, una attenzione amorosa che non trascura assolutamente nulla nonostante le difficoltà e le fatiche. Questo tipo di viaggio mi ha evocato proprio l'impegno che occorre, fisico, intellettuale per allevare un bambino. Bisogna stare attenti perché si possono incontrare dei rischi come le malattie, le perdite del

sostentamento e la perdita della meta. La salute dell'infanzia la vedo come un percorso lungo, per cui non mi ci stava l'idea di una rappresentazione teatrale breve, circoscritta, la vedo con più elementi in gioco.

Sarebbe la rappresentazione di un romanzo storico che ha fortemente in sé l'elemento del divenire, l'elemento della storia familiare, personale, sociale, che mi sembra l'elemento fondamentale. Un percorso di rivisitazione storica, dell'evoluzione, del divenire, molto importante perché oggi stiamo rischiando di vivere in una situazione troppo contingente, solo sul presente, senza un articolarsi di una prospettiva tra un passato remoto, un passato familiare, di una famiglia ancorata nel contesto sociale e il presente, ma anche il futuro. Collocare la propria esperienza in un divenire. Gli attori coinvolti sono quelli tipici del romanzo storico dove ci sono dei protagonisti che escono dal ruolo di comparse per diventare loro stessi protagonisti, i figli che da una situazione di dipendenza sviluppano progressivamente un percorso, per produrre una crescita, una identificazione più forte della loro collocazione sociale per proiettarsi a loro volta in un futuro di genitori, nonni.

Se dovessimo aggiungere dei personaggi alla *piece* di teatro?

Aggiungerei un personaggio mitologico che capta su di sé le caratteristiche dell'eroe, un punto di riferimento, che si batte per una causa. C'è bisogno per i giovani di individuare dei punti di riferimento, dei personaggi positivi importanti, soprattutto quando si riescono a trovare all'interno della storia familiare.

Alice nel paese delle meraviglie, dove c'è questo mondo fantastico, ciascuno con le sue ossessioni e fobie e Alice che tutto sommato riesce un po' a metterli insieme tutti.

Il cantico della dolcezza. Io non mi dissocio molto dalla rappresentazione classica: l'unità familiare, non la diade madre-bambino. Una corte con il ruolo forte della famiglia, però allargata al contesto sociale. Mi immaginerei una vita in una corte di quelle lombarde.

Privilegerei una rappresentazione che facesse emergere il bambino come persona. Sarei poco preoccupata della salute fisica, sarei molto più attenta a far emergere che il bambino è una persona e quindi massimo rispetto. L'attore principale rimane il bambino e gli altri sono delle figure di supporto. Vorrei un bambino in scena.

Se dovessimo aggiungere dei personaggi alla *piece* di teatro?

Un clown.

La rappresentazione dovremmo sperare che fosse una commedia, anche se la gran parte della realtà è una tragedia. Vorremmo proporre una commedia con i tanti momenti di tensione ma che poi si sciolgono nella soluzione ottimale. Mentre invece la gran parte delle situazioni ormai sta diventando una tragedia che ha una grande quantità di presenze e spesso termina in un dramma. Quindi, se fosse una commedia, i ruoli e gli attori coinvolti sarebbero i genitori ma anche i nonni. Ci vorrebbe una scuola capace di assumersi il ruolo di sviluppo di progetti educativi, non di trasferimento di informazioni, nozioni. Ci vorrebbe la parte sanitaria che entra ed esce in questa commedia per rendere evidente al bambino che ci possono essere anche dei momenti di sofferenza. La vita è carica anche di momenti di tensione, legati alla salute, legati al futuro. Quindi se fosse una commedia - ripeto - la salute e i problemi di salute dovrebbero essere dei momenti in cui il bambino misura le proprie capacità di comprendere la verità. Talvolta è difficile, ma comunque se c'è un genitore o un ruolo familiare di sostegno, il bambino capisce che può superare la malattia, qualunque essa sia. Quindi il siparietto della sanità che entra e che dopo esce perché ha già finito la sua funzione: la vita continua... Il resto degli attori coinvolti nella vita, nella salute del bambino penso che siano non tanto la società di per sé che logicamente è lo sfondo, lo scenario di fondo, ma quanto i media, cioè i sistemi di comunicazione che trasmettono dei significati, danno dei significati, perché oggi anche la famiglia non ha più conoscenze personali da trasmettere ma deve prenderle da qualche altra parte. Se invece lei mi vuol portare anche sulla tragedia, i ruoli sono più o meno gli stessi ma che invertono le loro posizioni e allora mentre in una situazione ottimale la famiglia allargata è una risorsa, la famiglia e la famiglia allargata diventano un dramma con difficoltà di intendere e di intendersi, e di comprendere quali sono le azioni del genitore, del papà, della mamma, qual è la conflittualità e che significato ha la loro conflittualità ma soprattutto quello che stiamo vedendo come dramma è la perdita del significato della genitorialità. Quindi non c'è riconoscimento del figlio come persona a cui dedicare la propria attenzione per dare sviluppo alle potenzialità, viene invece percepito come peso, da accudire, che fa spendere soldi, quindi come consumatore di energie, e non come risorsa per vivificare la coppia, come piacere di vederlo crescere bene, secondo proiezioni e speranze che sono insite in tutti i genitori. Quindi il bambino sta diventando quello che deve dare motivi e significati ai genitori perché riescano a stargli vicini per aiutarlo. Ed è un compito che i bambini si assumono con grande attenzione ma con tantissima fatica, per cui è un grande peso e alla fine non hanno molte risorse per crescere loro stessi. E questa drammaticità che vivono, di dover tenere in piedi gli adulti e parlo anche dei medici, perché purtroppo molti sanitari si vedono solo come figure professionali perché esercitano un'attività. E quindi chi, diciamo, "partecipa come utente" a questo servizio, deve subire quello che decidono loro, perché è la loro personalità e la loro professionalità che deve agire, quindi sono attori di una loro professionalità indipendentemente da chi ha il bisogno. Ecco allora ancora una volta [che

i bambini] non solo devono dare significati e forza ed energia alla famiglia e ai genitori, che sono un po' disorientati e incapaci di riconoscere la propria funzione genitoriale, ma la stessa situazione si verifica verso le figure dell'educatore, della scuola, della sanità in generale, in cui loro [i bambini] diventano oggetto perché non si riesce a vederli come soggetto e quindi loro ci restituiscono, "eh ma tu sei un bravo dottore perché mi hai curato". Non è quello... Questo diventa drammatico perché allora prosciugati in questa lotta della vita, della loro vita, per cercare di dare significato agli altri, perdono la loro identità.

Una rappresentazione di un film, con sceneggiatura sicuramente variegata e con un cast numeroso, un cast vario, con attori vari con diverse qualità, con diverse caratteristiche professionali, ruoli molto differenziati. Il film dà l'idea dell'evoluzione, dei cambi di scena, pur tenendo la sceneggiatura generale, gli attori possono invecchiare, possono cambiare nel tempo e soprattutto possono anche mutare. Alcuni attori sono molto importanti in una prima fase e altri invece meno importanti e passano in secondo piano. Immagino una rappresentazione molto mobile, perché devono modificarsi molto le scene, devono essere varie e quindi meno fissa possibile. Quindi mi viene bene una scena di mare, e di porti, poi secondo me, l'acqua va bene per l'infanzia, per le cose che cambiano, che crescono. Vedo il mare e l'acqua perché accudente e accogliente, almeno originariamente ma poi ha anche tutti i suoi traffici, i suoi pericoli e rischi nello stesso tempo. Ovviamente parlando della salute dell'infanzia, inizialmente vedrei come protagonisti un gruppetto di attori, i soliti tre. Originariamente il film comincerebbe proprio quando ancora il piccoletto non c'è. I veri protagonisti del primo tempo del film sarebbero gli adulti con le loro abitudini di vivere in quel mare, su quelle coste, i due adulti e i loro vecchi, insomma, tutti quelli che hanno abitato in quei villaggi lì perché quando nasce il piccoletto trova già che gli adulti sono approdati in un certo porto, mangiano un certo pesce, hanno certe robe, hanno un certo modo di ripararsi, hanno un certo modo di esporsi, appreso ovviamente dalle popolazioni rivierasche con cui sono cresciuti. Quindi immagino che tutta una parte abbastanza importante, iniziale e lunga sia proprio legata agli adulti che hanno, da generazioni, preceduto il bimbo. Il bimbo si trova tante cose già fatte, un sacco di attitudini già fatte, quindi anche le capacità di navigazione eccetera. Il bimbo poi le deve imparare da sé, ma eredita e impara e fa sue anche quelle del gruppo, della comunità rivierasca che in qualche misura l'ha fatto crescere. Io la immaginerei così. Poi dopo devo immaginare il bimbo che cresce: impara a nuotare, ad avere fiducia nell'acqua, impara a stare nel porto e anche ad avvicinarsi e allontanarsi dal porto, e quindi a navigare lungo la costa. Ma poi accettare forse di andare su un'isola o su un altro continente, qualche altra isola dove c'è altra gente che ha imparato altre cose, non vedo però che cambi completamente e che quindi approdi ad esempio in un posto senza mare.

Pinocchio: c'è la trasformazione di un burattino in un bambino, potrebbe essere la stessa cosa per quanto riguarda un feto, o un momento particolare come quello del parto. Pinocchio è una delle favole più cariche di simbologie che io conosca. Pinocchio attraversa tutte le angosce, la balena, ecc. Gli attori quindi sono quelli lì, il nostro protagonista, che è il bambino, che attraversa varie fasi, poi naturalmente un genitore, una possibile mamma buona e una mamma cattiva, tutti quelli che possono portare pericoli, da mangiafuoco ecc. alla fine c'è la trasformazione.

Penso a un'immagine di gioia che vorrei che fosse uno star bene, l'immagine di un coro con tematiche e musiche vivaci con più voci, che intonano con voci diverse che possono anche avere dei momenti che indicano uno star male, però nella situazione complessiva si può creare una certa armonia: gli attori possono essere i musicisti e i coristi ognuno con il proprio ruolo.

Un balletto, gli attori principali i bambini che giocano, saltano, ballano con la musica, i ruoli, le figure familiari che fanno un po' da direttori di questo gioco e di questo ballo e perché no, anche il pediatra di base che attraverso la musica si collega con il bambino e la sua famiglia con tanti colori è una cosa allegra.

Sto cercando una rappresentazione che abbia al suo interno più linguaggi possibili. Mi viene in mente l'opera. L'opera perché c'è la scenografia, c'è il canto, la musica, il ballo, la mimica, la recitazione, il parlato... i costumi. Poi l'opera anche per i tempi lunghi, gli atti che contiene, i ruoli e gli attori. Ma vorrei la gente comune, tanta gente, ma gente comune, comune nel senso più alto del termine però, maschi, femmine, tutte le età. Ci aggiungerei anche un patriarca, un depositario dei valori e della storia, che sia portatore di questo aspetto, che sia trainante, poi un eroe non può mancare, gli eroi sono importanti per i bambini, ci vuole una figura mitica ... Ci vuole qualche cavaliere; però non voglio una storia fantastica, un'opera con gente comune.

Se dovessimo aggiungere dei personaggi alla *piece* di teatro?

Un artista con un pensiero divergente, un grande creativo, uno che riesce a stupirsi.

Una rappresentazione comica, vedo un medico, potrebbe essere Balanzone, vedo una mamma Colombina e un papà Arlecchino perché questo papà, che non c'è quasi mai, se c'è deve avere mille colori, non deve essere un papà come Pantalone che paga solo. Faccio fatica a vedere qualche altro personaggio perché potrebbe essere un attore che rappresenta lo Stato che deve fare mille parti. È uno solo che deve sapersi scindere al momento giusto per la funzione giusta e qui vedo comunque che la mamma e il papà debbono aiutare questo attore a fare la sua parte, credo molto in questo. Comunque vedo il medico, che è importante nel suo spazio.

La torta della salute

La prima domanda posta agli intervistati è stata:

Se la salute del bambino fosse una torta da 500 grammi e lei avesse a disposizione questi ingredienti: accadimento,⁴ socializzazione,⁵ amore,⁶ educazione,⁷ prevenzione e cura,⁸ in quali proporzioni li metterebbe? Mi può spiegare perché?

Con questo *item* si volevano mettere allo scoperto eventuali gerarchie dei bisogni e cogliere eventuali differenze sui significati assegnati ad alcuni elementi ritenuti come elementi cardine per la complessa gestione della salute dell'infanzia.

Dirigenti

Dalle indicazioni dei dirigenti appare con chiarezza che per svilupparsi in modo sano il bambino ha bisogno prevalentemente di amore. Alcuni dirigenti hanno detto:

lo spazio forte va dato all'amore perché credo che l'essere amati e sentire questa relazione sostenuta dall'amore sia il fondamento dello stare bene;

crescita armoniosa e una buona condizione di salute dipendono da un atteggiamento di amore nei confronti del bambino.

Là dove l'amore non ha una grammatura alta è perché

amore e accadimento, anche se poco, ci debbono essere. Sono come il burro e le uova nella torta, gli elementi dal punto di vista calorico più nutrienti.

L'accudimento viene indicato come il secondo ingrediente; un dirigente dice:

l'accudimento, mano a mano che il bambino cresce, può scemare per dare spazio ad altro, ma fino a quando un soggetto non è solido, è la parte preponderante dell'intervento.

⁴ Accudimento come avere cura, prendersi cura, attendere con cura a un lavoro, come quello di fare crescere in modo armonico e sano un bambino.

⁵ Socializzazione intesa come rendere sociali, educare un individuo al rispetto delle norme di comportamento, sviluppare rapporti sociali con gli appartenenti alla comunità a cui si appartiene.

⁶ L'amore, quale elemento generale inteso come quel sentimento di profondo legame affettivo con il bambino.

⁷ Educare inteso come formare con l'insegnamento e con l'esempio il carattere e la personalità di qualcuno, sviluppandone le facoltà intellettuali e morali secondo determinati principi.

⁸ Cura e prevenzione in termini propriamente sanitari.

L'accudimento viene poi più volte messo in relazione anche con altri elementi. Un intervistato mette insieme amore e accudimento e ne dà un'interpretazione in chiave più sanitaria:

l'accudimento il prendersi carico, il care, è fondamentale, è l'equivalente sanitario in termine di amore, prendersi carico dei propri pazienti è un modo per dimostrare amore per il proprio lavoro e amore per i propri pazienti. Il care è fondamentale perché è l'elemento che più dà garanzie di tenuta dell'intera circolarità del sistema.

L'accudimento viene poi associato sia alla prevenzione che all'educazione:

stanno insieme in modo particolare nel bambino piccolo perché, se si accudisce a modo, si fa prevenzione, nel senso che si adottano tutte le misure preventive e si educa.

La socializzazione, pur ritenuta importante, è collocata al terzo posto; non trova però nelle parole degli intervistati molte sottolineature, come se si desse per scontata l'importanza, ma ci fosse una scarsa chiarezza su che cosa sia realmente oggi, quali significati possa rivestire nel contesto attuale. Vedremo poi che anche negli altri gruppi di intervistati appaiono contraddizioni e incertezze.

L'educazione è il quarto ingrediente:

l'educazione porta con sé la prevenzione di molti dei problemi principali che oggi hanno l'infanzia e l'adolescenza.

La prevenzione, quinto ingrediente,

è l'elemento trasversale a tutti gli altri, fondante, in quanto esalta gli altri elementi, fa da lievito.

La cura, ultimo ingrediente,

è quell'elemento indispensabile che deve intervenire con alta qualità e specializzazione nel momento in cui è necessaria;

cura e prevenzione sono aspetti più sanitari, che sono importanti e non debbono essere tralasciati ma nello star bene del bambino hanno uno spazio che non è quello più forte.

In varie interviste si fa riferimento alle indicazioni di tipo generale che sull'infanzia emergono dagli studi epidemiologici:

sono molti gli indicatori che ci dicono che la condizione di salute di una popolazione è attribuibile in larga misura a condizioni ambientali e sociali non sanitarie, a situazioni di contesto, preminenti sul benessere complessivo di una popolazione anche infantile rispetto agli interventi sanitari puri e di prevenzione;

la maggior parte dei bambini sono sani, non hanno bisogno di cura;

nell'ambito della salute la cura è l'ultimo elemento da considerare. Non è la cura che fa salute ciò con tutto il rispetto per la sanità, ma abbiamo parlato di salute.

Direttori Dipartimenti cure primarie

Se si passa ai direttori di cure primarie il discorso prende invece un'altra direzione: la prevenzione, poi la cura, la socializzazione, l'educazione e l'accudimento e per ultimo l'amore. Che cosa può dire questo dato?

Un elemento di riflessione può prendere spunto dal ruolo particolare che rivestono i direttori di Dipartimento delle cure primarie. Queste figure hanno un compito prevalentemente organizzativo all'interno di un Distretto che governa ormai esclusivamente servizi strettamente sanitari; la loro funzione strategica si realizza verso la gestione di una buona organizzazione dei servizi e delle prestazioni; non hanno una funzione di alta strategia come il precedente gruppo di intervistati. Dalla strategia all'operatività, perché tanta distanza? A che cosa è imputabile? Come metterle insieme?

Un altro dato significativo è la diversità di punteggio attribuito ai diversi "ingredienti", che va nel caso dell'amore da 150 a 0 (vedi *Box 2*) è possibile ipotizzare che tale punteggio sia imputabile alle diverse professionalità presenti e quindi alle diverse culture professionali? In effetti, all'interno del gruppo intervistato sono presenti professionisti provenienti da diverse esperienze lavorative che vanno dalla medicina di base alla pediatria di comunità, e con diverse specializzazioni professionali (dall'organizzazione dei servizi alla pediatria).

Un altro dato può essere forse desunto anche dalla storia di tale Dipartimento, che nasce per lo più dall'esperienza della medicina di base, quindi dall'ottica dell'adulto e non del bambino con attenzioni e particolarità diverse.

Pediatrì di comunità

Se poi si fa un salto all'interno della pediatria di comunità, si vede che i pediatri hanno dato all'amore un peso molto forte. Più di un terzo dei grammi che avevano complessivamente a disposizione sono stati giocati sull'amore, e gli altri sono stati distribuiti tra i cinque elementi restanti.

Come leggere tale dato? Nelle interviste e nei *focus*, la pediatria di comunità è più volte percepita e descritta come l'ultimo baluardo rimasto a difesa della globalità dell'intervento della non specializzazione e della contestualizzazione, dell'idea di salute intesa come benessere psicofisico.

Il materno-infantile - su cui molto si è investito in anni ormai lontani e che ha contribuito a costruire l'ottica e la modalità di un intervento globale sul bambino, sulla ricerca e sulla sperimentazione di logiche di intervento che si muovessero in una nuova idea di salute - si è sciolto, è stato scorporato e ne è rimasta oggi una parte, la più debole, all'interno della quale è forte la sensazione di essere portatori di valori che rischiano di essere dispersi, con tinte di identificazione ideologica.

Un altro motivo lo si può trovare nel ruolo del pediatra di comunità che non è definito in termini prettamente sanitari, come invece la maggior parte degli operatori della sanità. È un medico ma non deve essere un clinico, non deve essere una figura con competenze specialistiche, che non sono richieste. Ma cosa deve fare e cosa deve essere?

Assistenti sanitarie

Nel *focus group* delle assistenti sanitarie, le partecipanti hanno manifestato il proprio punto di vista agganciandosi al loro ruolo all'interno della pediatria di comunità. I due punti di attenzione sono sempre stati il ruolo e il servizio di appartenenza, quindi le risposte hanno fatto emergere *in primis* la prevenzione perché:

è un compito per me;

come assistente sanitaria io ho messo al primo posto la prevenzione;

perché nel nostro lavoro è molto importante la prevenzione;

perché i servizi dove lavoriamo noi sono prevalentemente di questo tipo.

È ipotizzabile che facendo questa scelta abbiano voluto anche sottolineare l'esigenza di rimettere al centro dell'interesse collettivo la finalità preventiva, forse perché sentono che si sta perdendo

perché se ne parla poco e si lavora poco, su questo tema

La stessa attenzione è rivolta al loro ruolo, che vorrebbero fosse valorizzato e su cui, come vedremo in seguito, si sentono di investire e di giocare nel prossimo futuro.

Accanto alla prevenzione hanno collocato praticamente allo stesso livello l'educazione, più volte diventata un sinonimo di educazione sanitaria:

perché prevenzione e educazione hanno le stesse caratteristiche;

questo è un binomio, educazione/prevenzione che ha un peso elevato proprio perché la prevenzione si fa attraverso l'educazione, l'informazione;

educazione, intesa come educazione sanitaria.

Allo stesso livello è stato collocato anche l'amore:

l'amore è un ingrediente fondamentale;

intendendo salute del bambino come una condizione di benessere psicofisico, prima di tutto sta l'amore;

educazione prevenzione e amore perché sento che sono comunque un iter all'interno del quale come ruolo ci muoviamo e mi sembrano indivisibili;

e questo *iter* non deve essere inteso non tanto e non solo

nella partecipazione a progetti specifici, ma proprio anche nel rapporto tra il pediatra e il genitore che a te si affida.

L'amore poi è stato inteso come amore per il proprio lavoro e amore per il bambino di cui si prendono cura sia in termini educativi nella relazione di ascolto, sia nella individuazione e stesura dei progetti preventivi:

perché le cose che faccio mi piacciono molto, ho scelto questa professione perché mi piace e ci credo, e ho tecnica ed esperienza;

perché per fare il nostro lavoro in tutte le cose ci vuole amore;

per amore intendendo, la motivazione all'attività, il senso che diamo al nostro lavoro.

Al quarto posto è stato collocato l'accudimento:

perché se lo valutiamo come diretto a noi ha un peso relativo;

è ciò che altre persone devono saper fare nella famiglia;

perché è un problema a mio avviso un po' superato oggi.

Viene poi proposta anche un'altra interpretazione di accudimento:

ho pensato anche all'accoglienza dei servizi,

riportando in questo modo al centro del discorso un aspetto importante nei servizi che è proprio quello di accogliere, provvedere agli aspetti di cure primarie di un bambino.

L'accudimento è stato messo in relazione alla prevenzione e socializzazione,

perché come servizio e come operatore, l'accudimento unito alla prevenzione, alla socializzazione dei concetti di salute, alla condivisione degli interventi, e alla messa in rete, sono i più importanti.

La socializzazione è al quinto posto,

perché, è una parola che mi dà fastidio perché oggi cerchiamo di far socializzare i bambini dalla nascita e forse credo che, per come la intendo io, i bambini hanno moltissime possibilità e occasioni di socializzare e quindi non la vedo molto importante;

non tanto perché penso che non sia importante ma perché non dipende solo da me.

Anche qui, come nelle interviste dei dirigenti, ritorna questa non chiarezza su che cosa voglia dire socializzazione oggi per i bambini e forse anche per i servizi.

La cura è collocata all'ultimo posto perché

deve esserci nel momento in cui compare uno stato di malessere e poi deve sparire;

visto che il tema era la torta e la salute, io ho pensato che un pizzico di cura, quanto basta, potesse essere sufficiente;

riconosco che nella nostra attività comunque una parte di cura c'è;

per la pediatria di comunità, a parte la presa in carico del cronico, pesa meno rispetto agli altri ingredienti.

Attori della rete

La rete degli attori ha individuato come primo elemento l'amore, seguito dall'accudimento e dalla prevenzione quasi a pari merito. Seguono poi l'educazione e con un maggiore distacco la socializzazione e la cura. Questa ripartizione, seppure con poco scarto tra gli elementi, fa riflettere sulla caratteristica di questo gruppo di intervistati. Questi professionisti hanno tutti a che fare con bambini e con famiglie problematiche, che si accostano a loro sulla base di problemi già manifestati e sono consapevoli di come tutte quelle parti giochino per un buon risultato d'insieme. Hanno voluto così evidenziare l'importanza dell'armonia tra le varie componenti, tutte necessarie per permettere una crescita sana dell'infanzia.

Nel dettaglio si vede che l'amore ha il primo posto, intendendolo come

cercare di capire il bambino, mettersi nei panni del bambino.

Si sottolinea poi l'importanza di rimettere al primo posto l'amore perché

oramai l'amore per i bambini non c'è più, c'è la pubblicità dell'amore ma non l'amore e se non c'è amore tutto il resto diventa difficile, non solo l'amore dei familiari, ma da parte delle figure che si pongono nei confronti dei bambini.

Con un significato analogo viene azzerato l'amore intendendolo

come qualcosa di presente e di trasversale a tutto, che deve essere contenuto in tutti gli altri elementi, una qualità dell'intervento,

ma non un elemento a sé stante.

L'amore però è anche - per qualcuno -

un ingrediente che va più a dosaggio, che va secondo l'età.

Viene poi sottolineato il ruolo fondamentale della famiglia,

dalla quale non si può prescindere, che non può delegare alla società il suo ruolo primario.

L'accudimento

è proprio stare appresso al bambino, è una base di cultura e si lega all'amore.

Accudimento è inteso come riconoscere e prendersi cura dei bisogni primari che sono prima di tutto relazionali e affettivi, anche quando ci si trova in presenza di problematiche legate alla salute.

La prevenzione è al terzo posto, ritenendo che debba essere

privilegiata perché l'infanzia è il periodo in cui si può prevenire,

e che deve essere riportata alla ribalta perché

la percezione che ho, è che si stia allentando.

Dice un intervistato:

è importante, se si vuole evitare di avere delle torte fallate.

Per quanto riguarda l'educazione, si ritiene che

su questo terreno c'è molto da lavorare,

perché ci sono dei genitori

che lo interpretano come permissivismo.

Viene comunque legata fortemente alla socializzazione, ma così come questa anche l'educazione è più affermata come valore di per sé che spiegata per il significato che le si attribuisce. È come se si assumessero (socializzazione ed educazione) come categorie ideali astratte.

Il concetto di socializzazione, come si è già accennato, è ambiguo e controverso e si trova collocato al quinto posto:

le prime ciambelline possono anche venire senza [socializzazione], a meno che non intendiamo che la socializzazione sia la relazione con i genitori e i parenti, allora diventa un ingrediente importante;

forse potremmo ridurla perché è un aspetto che viene abbastanza tutelato.

I tentativi ci sono ma

forse non sono quelli idonei perché in realtà si stanno perdendo nella vita dei bambini le aggregazioni spontanee com'era il gioco.

E per ultimo viene indicato l'aspetto della cura, perché

se ci fossero gli altri elementi, gli aspetti sanitari sarebbero una parte molto periferica.

Nella relazione quindi tra questi soggetti - dirigenti, direttori, pediatria di comunità, assistenti sanitarie e attori della rete - come giocano queste differenze? E come possono essere usate per tessere una rete che porti a definire insieme un progetto per la realizzazione dell'Unità pediatrica di Distretto?

Ma al di là delle definizioni dei vari elementi e dei diversi pesi dati dai gruppi di professionisti coinvolti nella ricerca, si possono fare alcune considerazioni trasversali che permettono altre scoperte.

- Amore è l'ingrediente più scelto, ma anche idealizzato attraverso un processo proiettivo che lo rende quasi "salvifico". Ma accanto a questo si apre una domanda che emerge da un'intervista: *Quale amore? "oggi assistiamo alla pubblicità dell'amore..."*; ma nella realtà si riscontra un grande bisogno di essere amati (non solo nei bambini) che non trova risposta nei tempi e negli spazi di vita di questa società post-moderna. Per questo forse si è portati a idealizzarlo? E quale spazio c'è per l'amore nelle organizzazioni? Forse è per questo che le assistenti sanitarie hanno sentito il bisogno di esprimere il collegamento: *amore per la professione = amore per il bambino*, e si potrebbe aggiungere: *amore per sé = amore per l'altro*.
- Accudimento: è un termine che assume rilievo, al di là della "grammatura", proprio nell'accezione del prendersi cura; sembra quindi un termine sul cui significato c'è abbastanza condivisione, come pure per prevenzione e cura.

- Socializzazione e educazione sono invece i termini che rimangono più vaghi. Forse sono termini abusati, di cui si parla molto, ma sul cui significato oggi c'è da fare chiarezza. Entrambi fanno riferimento alla trasmissione di valori e all'interiorizzazione di norme, ma quali sono oggi i valori di riferimento della società? Qual è la comunità di riferimento per il bambino?
- La multietnicità ha fatto esplodere il problema delle culture di riferimento e costringe a porsi nuovi interrogativi. Se questo fosse il solo problema, sembrerebbe sufficiente interrogarsi sui diversi valori di riferimento, sulle diverse culture; ma il problema non è solo di multiculturalità. La globalizzazione e il modello di sviluppo neoliberista stanno portando altre e più complesse modificazioni.
- Oggi si parla di società individualizzata e questo apre numerosi interrogativi. Scrive Bauman (2002):
Si ha la sensazione che vengano giocati molti giochi contemporaneamente, e che durante il gioco cambino le regole di ciascuno. Questa nostra epoca eccelle nello smantellare le strutture e nel liquefare i modelli, ... con casualità e senza preavviso.
- La crisi dei modelli pedagogici coinvolge tutte le istituzioni e per tutti vale la domanda: qual è oggi la socializzazione possibile? e l'educazione? se ci si trova di fronte a riferimenti in continua trasformazione, se non ci sono modelli stabili, quali eroi e quali miti possono sostenere la formazione di un'identità nel bambino e nell'adolescente?
- Ma anche a livello di servizi, a quali bisogni dovrò rispondere? O mi dovrò spostare, come già hanno fatto i settori produttivi, ai desideri? I desideri sono transitori, instabili...
- Quale ruolo educativo è oggi necessario per evitare la frantumazione, per ritrovare dei riferimenti che aiutino le famiglie a non essere travolte dal caos o rese sorde ai bisogni del bambino dal "rumore" dei *mass media* sempre più spettacolarizzati?
- Forse dietro l'indeterminatezza dei due termini stanno queste difficoltà, questo "senso opprimente di crisi" ... di "trovarsi a un crocevia" (Bauman, 2002), ma un crocevia senza indicazioni.

Vediamo come, nella seconda parte riguardante la prefigurazione dei servizi, si intreccino nuovamente vari pensieri.

Box 2. La torta della salute**Dirigenti**

amore	250	200	100	125	50	200	100	1.025
accudimento	100	100	100	125	50	100	150	725
socializzazione	100	100	70	25	100	100	100	595
educazione	50	50	70	75	100	50	100	495
prevenzione	25	25	60	75	100	25	25	335
cura	25	25	100	75	100	25	25	375

Direttori Dipartimento Cure primarie

amore	0	100	150	25	50	50	100	50	60	40	0	625
accudimento	100	70	50	25	70	50	70	100	60	40	0	635
socializzazione	50	70	100	50	80	50	80	75	100	70	125	825
educazione	50	60	50	75	50	50	80	75	100	100	125	815
prevenzione	150	100	100	200	150	150	110	200	150	150	125	1.585
cura	150	100	50	125	100	150	60	100	30	100	125	1.090

Pediatrati di comunità

amore	200	150	130	200	100	200	300	250	200	200	200	150	2.280
accudimento	50	60	80	80	50	70	50	30	100	120	100	100	880
socializzazione	80	100	200	200	80	70	50	50	50	50	50	75	975
educazione	50	150	120	12	50	70	50	50	50	50	50	90	792
prevenzione	100	40	5	5	200	60	30	100	50	50	50	60	815
cura	20	pizzico	3	3	20	30	20	20	50	30	50	25	268

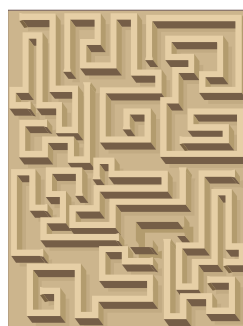
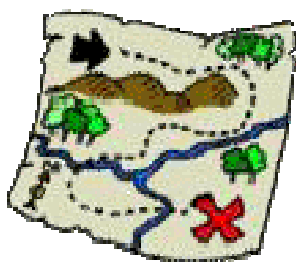
Assistenti sanitarie

amore	100	100	100	100	100	70	100	120	100	150	150	150	80	65	1.485
accudimento	100	50	80	80	100	100	100	30	50	10	100	50	50	65	965
socializzazione	100	50	80	80	50	100	50	40	50	10	25	75	120	70	900
educazione	100	100	80	80	100	70	100	150	100	150	100	100	120	100	1.450
prevenzione	100	100	80	80	100	100	100	150	150	150	75	100	120	100	1.505
cura	q.b.	100	80	80	50	60	50	10	50	30	50	25	10	100	695

Attori della rete

amore	100	200	80	0	100	66,7	80	150	150	100	1.026
accudimento	80	50	120	100	100	66,7	80	70	150	66,7	882
socializzazione	70	50	80	100	80	100	80	70	20	66,7	716
educazione	100	100	100	100	100	100	80	70	20	66,7	836
prevenzione	100	50	80	100	80	100	100	70	100	100	880
cura	50	50	40	100	40	66,7	80	70	60	100	656

L'Unità pediatrica di Distretto



Nella seconda parte dell'intervista avviene il passaggio da una concettualizzazione sulla salute del bambino che è e deve essere la base su cui impostare l'organizzazione dei servizi, ai servizi stessi, e quindi all'Unità pediatrica di Distretto.

Il testo è composto da tre parti: la prima e la seconda corrispondono alle domande 4 e 5, mentre la terza raccoglie le risposte alle domande 6 e 7.

Domande intervista

4. Come si prefigura l'Unità pediatrica di Distretto?
casa, alveare, labirinto, albero, mare, mappa
 - a. Mi può spiegare perché?
5. Se l'UPD fosse un pasto:
 - a. cosa sarebbero i pediatri di comunità?
 - b. e i pediatri di libera scelta?
 - c. a questo pasto cosa mancherebbe?
 - d. mi può spiegare perché?
6. Come definirebbe l'UPD?
7. Quali caratteristiche dovrebbe avere questo servizio?

Le domande 4 e 5 utilizzano ancora una volta delle metafore per cogliere pensieri attraverso immagini concrete, mentre le domande 6 e 7 danno spazio a una metariflessione sulla definizione e l'individuazione delle caratteristiche dell'UPD

Le metafore dell'organizzazione

Si riportano nella tabella sottostante i risultati sintetici delle scelte dei partecipanti alla domanda 4, rinviando al Box 3 in forma più estesa, le motivazioni che sono state adottate dagli intervistati. Il materiale ricco e stimolante potrà permettere ai lettori ampie considerazioni di tipo personale che contribuiranno ad arricchire l'analisi che si tratterà di seguito.

Le metafore scelte

	casa	alveare	albero	mappa
Dirigenti		5	2	
Direttori Dipartimenti CP	6	2	3	
Pediatrì di comunità	4	4	3	
Assistenti sanitarie	4	4	2	4
Altri attori	1	1	3	5
<i>Totale</i>	<i>14</i>	<i>16</i>	<i>13</i>	<i>9</i>

Ognuno ha scelto una rappresentazione che rispecchiava l'idea più vicina alla propria, evidenziando gli aspetti positivi che vedeva nella metafora; sembra però importante riflettere e interrogarsi su ciò che quelle immagini sottendono, anche di problematico.

- L'alveare viene scelto prevalentemente per l'idea di operosità delle api. Le api lavorano con grande solerzia, instancabilmente, entrano ed escono per svolgere il proprio lavoro, con ruoli e spazi definiti all'interno di un sistema organizzato, in una dimensione di comunità dove c'è interconnessione di più forze, presenza di soggetti consapevoli del loro ruolo e del loro compito e dove ogni singola casella è una risorsa, ma è legata alle altre e soprattutto il prodotto che si ottiene - il miele - è appetitoso, nutriente, di grande qualità.

L'alveare è un sistema molto organizzato, ma anche molto rigido sia nei ruoli che nelle funzioni: c'è un'ape regina, le api operaie, i fuchi con compiti precisi, al loro interno non c'è collaborazione e interscambio, ma tutti riproducono un eguale compito per un eguale risultato.

Le celle sono tutte uguali e sono rigide nella loro conformazione.

Le api riproducono costantemente lo stesso modello e gli stessi atti, hanno inoltre un sistema di attacco e di difesa molto potente verso l'esterno.

- L'idea di casa viene scelta dagli intervistati perché è accogliente, è un punto di riferimento, è un posto sicuro, stabile e quindi permette un'identificazione strutturale: la casa ha una sua struttura, ha dei luoghi in cui si vive insieme, ma nello stesso tempo è un luogo dinamico perché si possono cambiare tanti elementi (es. gli arredi), si può anche ristrutturare cambiando locali e loro destinazione. La casa ha al suo interno delle risorse, è abitata da tanti "attori" coordinati, tra cui c'è fiducia e collaborazione e c'è un obiettivo comune.

La casa è anche un luogo chiuso, con porte e finestre che si aprono ma possono essere anche blindate, è un luogo nel quale si possono vivere tanti conflitti e si possono nascondere anche tanti scheletri nell'armadio. Si può ristrutturare in base alle esigenze, ma alle esigenze di chi sta dentro; e non si sposta.

- Altra idea è l'albero, che è stato scelto perché ha una sua organizzazione precisa, fisiologica e nutrizionale, cresce e si sviluppa ed è indipendente, è composto da singoli pezzi, in grado di essere belli o brutti, ha dei percorsi.

Ha inoltre delle radici, ha qualcosa che unisce, ma i rami possono svilupparsi con una propria conformazione, ha un punto centrale forte e robusto, il tronco, e ha una circolarità forte tra le radici, le foglie e il contesto. È un sistema unico che dà delle risposte differenziate. Può vivere di una vita propria ma ha anche bisogno di essere accudito.

Anche l'albero, come la casa, non si può spostare, dove cresce muore, il ciclo è fisso, e i rami sopravvivono solo se il tronco porta loro nutrimento.

- Nell'idea di mappa c'è un tesoro da trovare e sono contenute le indicazioni per raggiungerlo.

Definisce dei percorsi e dà la capacità di muoversi. È la meno stabile, ha la necessità di trovare dei punti di riferimento; nello stesso tempo può essere troppo complicata da interpretare e potrebbe essere necessario avere uno strumento di orientamento.

Nelle possibili rappresentazioni contenute nella domanda c'erano anche il mare e il labirinto che però non sono state scelte.

- Il mare poteva rappresentare la grande apertura, la complessità. Nel mare si può nuotare, navigare in tutte le direzioni, ma ci si può anche perdere. E se la bussola non c'è? Nel mare si può stare a galla, ma ci si può anche immergere o annegare. Il mare è sconfinato, ma lambisce coste di continenti e di isole. Il mare è azzurro, calmo e fa sognare, ma è anche grigio, in tempesta e fa paura. Sulle sue acque ci si può rilassare, ma la sua potenza è smisurata e può travolgere. Nelle sue acque si possono fare tanti incontri piacevoli - pesci, delfini e cavallucci di mare - ma ci sono anche gli squali, le orche assassine, le piovre giganti.

- Il labirinto nel mondo antico era una struttura architettonica a pianta molto complessa con un intrico di passaggi e di ambienti che rendeva difficile orientarsi; nel Rinascimento in Italia era un tipo di giardino costituito da vialetti delimitati da siepi sempreverdi a percorso labirintico.

Il labirinto che è rimasto sicuramente nella memoria di tutti è quello di Creta, costruito da Dedalo per imprigionarvi il Minotauro, il mostro. Questo luogo inaccessibile che accoglieva le "passioni" animali di questo toro-uomo è stato però percorso e dominato da Teseo grazie al filo donato da Arianna. È quindi luogo infido se non se ne possiede il filo, ma tramite il filo può divenire luogo della vittoria.

Da un punto di vista figurativo quindi è il simbolo di difficoltà inestricabili, del perdersi senza trovare la strada e del finire divorati dal mostro, o della ricerca degli strumenti per ritrovare la via, per superare il pericolo e uccidere il mostro. Ma il labirinto è anche un gioco consistente in un disegno che rappresenta diverse strade tortuose, una sola delle quali porta all'uscita e alla soluzione.

Il mare e il labirinto non sono stati scelti da nessuno. Forse l'indefinitezza del mare è un'immagine troppo forte, dà troppa ansia in un momento in cui i riferimenti sono già così deboli e instabili. Il labirinto invece può avere richiamato alla mente dei diversi soggetti esperienze legate a vissuti di intrappolamento che, in un'organizzazione in fase di cambiamento a macchia di leopardo, si sperimentano ogni volta che si viene a contatto con quelle parti che ancora si muovono in un'ottica gerarchico-burocratica e capaci di paralizzare i progetti.

I dirigenti hanno scelto prevalentemente l'alveare e i direttori del Dipartimento di cure primarie la casa. È interessante osservare l'orientamento che i dirigenti hanno quando l'attenzione viene posta sulla salute dell'infanzia - la torta per intenderci, improntato a una strategia di grande apertura che mette in risalto l'importanza che hanno tutti gli aspetti sociali, educativi per un armonico sviluppo dell'infanzia; ma quando poi si passa a una rappresentazione del servizio, l'immagine che prevale è l'alveare. Questo può suonare come una contraddizione o come una difficoltà a vedere un'organizzazione che possa realizzare questi grandi obiettivi, "pensiamo in grande ma l'organizzazione deve essere soprattutto efficiente".

I direttori delle cure primarie invece si attengono maggiormente a priorità di tipo sanitario - prevenzione e cura *in primis* - e poi gli altri aspetti, vogliono costruire una casa, sede degli affetti. Sembra anche questa una contraddizione: cosa pensare?

Quali indicazioni possono essere tratte da queste immagini del servizio, incrociandole con gli altri aspetti rilevati nella parte precedente sulla salute dell'infanzia?

Sembra emergere un bisogno dei dirigenti di avere un servizio fortemente orientato verso la costruzione di una salute globale, ma in modo efficace ed efficiente, che produce risultati con grande ordine, senza conflitti, e che si difende con forza dagli attacchi provenienti dall'esterno. O si può pensare che dopo avere aperto a tutto campo il concetto di salute si intenda poi assumere la responsabilità di ciò che è più pertinente con l'Azienda sanitaria, lasciando a un sistema integrato - ma di rete - l'assolvimento dei grandi obiettivi.

Nei direttori dei DCP c'è l'idea di lavorare per produrre servizi preventivi e sanitari ma all'interno di una casa accogliente per gli operatori, per i bambini e per le famiglie, con spazi di confronto, di collaborazione, che esprimono una certa flessibilità.

Traspare un meccanismo di compensazione tra le parti che potrebbe essere collegato in entrambi i casi con la percezione di un bisogno di struttura certa che aiuti ad affrontare la complessità che circonda i servizi, una sorta di meccanismo istintivo di difesa dall'ansia che l'imprevedibile genera in tutti noi. Ma la struttura, oggi, quanto risponde ai bisogni che arrivano dal contesto? Quanto è legata alla necessità di dare risposte e quanto alla necessità di avere uno scenario più stabile?

All'interno della pediatria di comunità, i pediatri si distribuiscono quasi in eguale misura tra l'alveare, la casa e l'albero, mentre fra le assistenti sanitarie appare anche la visione della mappa.

È possibile pensare che la pediatria di comunità, avendo alle spalle un lungo periodo di indeterminatezza, di erosione di compiti e risorse, ambisca a definirsi come un alveare sicuro, definito, stabile, pieno di risorse o come una casa, per ricercare un senso di appartenenza? Questa ipotesi si ritiene possa essere sostenibile in quanto la pediatria di comunità - e lo dimostra la nascita di questa stessa ricerca - ha un forte bisogno di un'identità nuova, di appartenenza, di riferimenti certi, di ruoli definiti tra gli attori del sistema, di collaborazioni che viaggino su percorsi chiari, certi, inconfutabili, dove il clima possa essere efficiente e caldo nello stesso tempo. Ma questo modello desiderato saprà dialogare con la complessità e con bisogni in continua trasformazione?

Nella pediatria di comunità colpisce poi la differenza tra i pediatri e le assistenti sanitarie, che indicano la mappa come prefigurazione prevalente del servizio. Emerge probabilmente ancora una volta una differenza di ruolo e di vissuto del proprio ruolo in questo momento storico particolare.

Le assistenti sanitarie hanno la percezione di potere essere un elemento forte e inconfutabile all'interno dell'area della prevenzione e soprattutto della costruzione dei percorsi. Il ruolo di *case manager* può essere un obiettivo da porsi e con cui trovare un riconoscimento professionale nuovo e importante, che potrebbe ridare una configurazione del ruolo in sintonia con il cambiamento in atto. Con la mappa, come qualcuno ha indicato, puoi muoverti autonomamente, sai sempre dove sei e dove stai andando.

Per gli attori del sistema si ha invece uno spostamento forte sull'idea di mappa e di albero e solo una volta sono stati scelti la casa e l'alveare.

Vengono formulate anche nuove proposte: antenna che raccoglie e trasmette, rete che connette.

Si sente una maggiore apertura verso sistemi organizzativi maggiormente flessibili che meglio rispondono alla complessità e all'interdisciplinarietà richiesta dal contesto generale che attornia la salute del bambino. È anche vero che l'appartenenza di questi operatori - pediatri ospedalieri, neuropsichiatri, PLS, pedagoga delle scuole comunali dell'infanzia, assistenti sociali e un genitore di un'associazione di familiari - non è messa in discussione, anzi probabilmente è ben certa e quindi ci si può permettere di vedere i problemi dell'UPD dall'esterno. E dall'esterno, come ben si sa, si vedono con maggiore chiarezza tante cose. Ma d'altra parte era quello che si chiedeva loro: "di essere sguardi esterni e pertanto di indicare strade". Inoltre, gli attori del sistema sono già in rete, anche se parzialmente e con tutte le difficoltà insite nel lavoro di collaborazione; sono già dentro a possibili e probabili percorsi e se non lo sono, con ogni probabilità aspirano a uscire più allo scoperto, essere maggiormente coinvolti, lavorare non da soli all'interno di un servizio che in certe situazioni può diventare asfittico. Se non c'è una mappa che integra, una rete che connette, rischiano di rimanere isolati nelle loro appartenenze funzionali. Chiedono forse di essere aiutati a costruire delle reti, delle connessioni che aprano la porta delle loro case?

I pediatri di libera scelta intervistati sono solo due e pertanto non possono essere sicuramente rappresentativi dell'intera popolazione dei pediatri di famiglia, ma forse può essere utile estrapolarli dal gruppo "attori del sistema" per dare uno sguardo alla loro scelta. La casa e l'alveare sono le due rappresentazioni selezionate; la casa perché è

un luogo nel quale c'è un focolare, un nucleo, una centralità, il bambino con la sua famiglia e il pediatra di libera scelta e, nelle altre stanze, tutto il resto;

mentre l'alveare è

eventualmente un po' più piccolino... perché è una struttura di collaborazione in cui tutti collaborano e cercano di costruire una situazione ambientale vivibile uguale per tutti con ruoli e spazi definiti. Però bisogna vedere chi fa l'ape regina.

I pediatri di libera scelta sono più simili ai loro colleghi pediatri di comunità. Esprimono allo stesso modo il desiderio di un contenitore definito, che sostenga l'appartenenza.

Da questi lavori sembra emergere un punto di vista fortemente collegato con le considerazioni già fatte quando si è parlato delle criticità dell'attuale evoluzione della società e dell'instabilità dei modelli di riferimento. Gli attori oggi più a contatto con il territorio e quindi con questo senso di indeterminatezza, di labilità dei legami e dei modelli, anche organizzativi, devono sostenere un livello di ansia molto alto, da cui immaginano di potersi difendere con gli schemi e le risposte consuete, cioè dandosi una struttura, ritrovando un ordine. Ma è possibile oggi rispondere a questo disagio diffuso con modelli che fanno riferimento a scenari passati? Quali risposte è necessario inventare oggi che permettano di navigare all'interno di questa fluidità senza esserne travolti?

Box 3. Le metafore

Dirigenti

Alveare (5) • Perché immagino una grande operosità tutta indirizzata a un obiettivo, il miele, la cera, tanti operatori, che ognuno dà il suo contributo all'interno di un sistema articolato, efficiente ed efficace.

- Per l'operosità delle api, la casa è solo contenitore dove spesso non si parla nemmeno, invece nell'alveare si vedono soggetti assolutamente consapevoli del loro ruolo e del loro compito, tutti orientati a produrre un risultato comune che è l'alimento per l'ape regina o il miele.
- Perché c'è un interconnettersi di più forze ed energie che si intersecano, le api sono dei viaggiatori che escono, no voglio una un'unità pediatrica tecnicista e separata.
- Perché l'unità pediatrica ha un suo nucleo ma necessariamente lavora con tante persone in un sistema organizzato che ha una sua struttura e delle connessioni scorrevoli che non possono essere inventate volta per volta. È un lavoro con connessioni molto forti nel quale i PdC debbono mettere competenze di tipo clinico e organizzativo, più un grosso investimento sulle relazioni di collaborazione con i colleghi di diversa professionalità e dei diversi servizi.
- Perché le persone dovrebbero relazionarsi molto con l'esterno, andare fuori e portare esperienza dentro. Il lavoro più impegnativo dell'UPD è quello di entrare in relazione con le comunità, insegnanti, famiglie. Queste esperienze vanno riportate dentro per essere rielaborate e utilizzate per individuare interventi efficaci.

Albero (2) • Perché ha una sua organizzazione precisa, fisiologica e nutrizionale, ha una sua precisa alimentazione, crescita e sviluppo e allo stesso tempo è indipendente. L'albero ha una sua organizzazione precisa, ma sono anche singoli pezzi autonomi in grado di essere belli o brutti.

- Sono orientata verso l'albero perché mi rappresenta il concetto dei percorsi, mi dà una visione di priorità, dove analizzo il bisogno globale e poi una serie di dettagli ma sono sempre in condizione di capire da dove sono partito e perché.

Focus *Direttori di Dipartimento delle cure primarie*

- Casa*
(6)
- Dove tutti potrebbero concorrere a sopravvivere, a vivere il meglio possibile per un fine comune.
 - Come accoglienza, è importante far crescere.
 - Per due motivi perché è un punto di riferimento e perché trasmette il concetto di struttura; è un contesto di ordine e di organizzazione.
 - Accoglienza, luogo dove il bambino cresce, matura, si forma.
 - Casa degli operatori che lavorano, per un'identificazione strutturale.
 - Accoglienza, punto di riferimento strutturale per gli operatori, una casa dove si comunica.
- Albero*
(3)
- Il tronco come il distretto, un'unità; i rami sono le prestazioni, i servizi.
 - L'albero perché c'è qualcosa che unisce, con i rami che possono andare a prendere aria da parti diverse. Io la vedo però più dal punto di vista degli operatori che non del bambino, più come una organizzazione del distretto che come luogo dove i bambini possono trovare i loro servizi.
 - Dove c'è un punto centrale robusto, robusto per l'importanza delle cose che arrivano, poi c'è una distribuzione di risorse attraverso i rami e nello stesso tempo avviene il processo di fotosintesi clorofilliana, le foglie, la luce, c'è poi un ritorno per creare una rete che copre un po' tutto.
- Alveare*
(2)
- Racchiude il concetto di casa e di sistema, casa fondante.
 - È casa in piccolo, costruita insieme, e ha un suo ordine.

Focus *pediatri di comunità*

- Casa*
(4)
- Posto sicuro, con delle idee che nella convivenza trovano accordo.
 - Lavorare insieme in un ambiente di fiducia reciproca.
 - Punto di raccolta e incontro dove discutere e trovare soluzioni.
 - Contiguità, luogo dell'UPD, spazi comuni e spazi privati, non deve essere un luogo chiuso.
- Alveare*
(4)
- Sarebbe auspicabile che l'UPD diventasse un alveare.
 - Visione del gruppo; le api entrano e escono, lavorano insieme per un prodotto con valori alti e aspettative, ci sono dei ruoli, c'è una regina.
 - È qualcosa di composito che risente di una casa comune.
- Albero*
(3)
- Unità autonoma ben individuata con grossi collegamenti.
 - Tanti rami.
 - Relazione con l'esterno; il tronco può essere la PdC e la PLS insieme.

Focus assistenti sanitarie

- Casa*
(4)
- Scelgo la casa, perché secondo me è rappresentativa, ci sono diversi soggetti, c'è l'adulto, c'è il bambino, il nonno magari, e altre persone, ognuno di loro con una propria personalità e individualità. Nel distretto ci sono vari professionisti, ognuno con una sua specificità, che vorrei mettessero in comune la propria esperienza, la propria capacità, sedendosi attorno a un tavolo, mettendo in comune le proprie riflessioni, e gli obiettivi da raggiungere.
 - La casa perché ognuno ha un proprio ruolo, nell'Unità pediatrica di Distretto ci vedo servizi, operatori di diverse unità operative, la medicina di base eccetera ... che si integrano; possiamo lavorare benissimo nella stessa casa, poiché lavoriamo tutti per uno stesso obiettivo; la casa forse mi sta un po' stretta, vorrei che fosse quantomeno un condominio, rappresenterebbe di più il mio concetto di integrazione e di multi-professionalità, di ruoli diversi, che progettano, si confrontano, verificano.
 - Vedo qualcosa di dinamico, in una casa si può cambiare l'arredamento, si possono cambiare le dimensioni, ci sono spazi individuali e spazi comuni, si condividono tante cose.
 - Condivido l'idea della casa anche perché nella casa puoi trovare delle risorse, se hai bisogno di aiuto in casa lo puoi trovare.
- Alveare*
(4)
- Un alveare dove all'interno di ogni casella, che comunque è unita alle altre, c'è una risorsa, qualche cosa che serve, mi dà una visione positiva, ottimale. La singola casella non è autonoma ma è legata alle altre per conseguire un obiettivo globale, c'è una costruzione comune.
 - Il bello dell'alveare è che produce miele. Produce una cosa che qualcuno può usare.
 - Un alveare è anche una casa.
 - L'alveare perché tutto sommato produrre il miele è una cosa che può aiutare a "sopravvivere", tra virgolette.
 - Mi piace l'idea di tutte queste persone che lavorano insieme, del miele che si può distribuire, lo vedo molto adatto all'UPD.
- Mappa*
(4)
- Una mappa.
 - Penso all'UPD come qualcosa di non statico, quindi penso alla mappa. La mappa è una cosa che dà più soddisfazione, ha un tesoro da trovare, c'è della ricerca e poi comunque nella mappa sono segnate le vie giuste per arrivare all'obiettivo.
 - Una mappa perché è una cosa dinamica, un percorso, un aiuto che viene dato a tutti, per raggiungere un obiettivo comune, e per avere dei risultati.
 - Mappa: perché mi sembra uno strumento valido da dare in mano ai genitori.

- Albero*
(2)
- L'albero perché innanzitutto ha le radici, quindi ha la possibilità di raccogliere delle risorse, poi è in grado di dare i suoi frutti, quindi di produrre anche dei servizi.
 - Mi piace molto l'immagine dell'albero sia per le radici, i frutti, le ramificazioni, è una struttura aperta verso l'esterno, da cui attinge. È un albero con i frutti e con le foglie. Forse in questo momento è un albero invernale, però poi tornerà la primavera.

Attori della rete

- Casa*
(1)
- Una casa perché ci vedo un focolare, un nucleo, una centralità, ci vedo il bambino con la sua famiglia e il pediatra e nelle altre stanze tutto il resto.

- Mappa*
(5)
- Se mai ha un motivo di esistere, può esistere solo perché deve andare a definire dei percorsi. Si deve collocare in un contesto e deve esserne padrona altrimenti è solo una sovrapposizione di ruoli.
 - La mappa, è vero che è un contratto e un contratto ha i suoi legami ma la vedrei proprio come una mappa, perché l'albero è vero che da più l'idea delle diramazioni, degli elementi che si collegano tutti a una comune radice. Ma ancora una volta preferirei delle immagini più leggere, più facilmente modificabili, e poi a me l'idea delle mappe, che corrisponde alla mappa mentale che uno ha rispetto a come lui si colloca, corrisponde alla mappa che il gruppo si fa in quel momento lì e che può cambiare ogni momento. Nella mia idea la vedrei più adeguata perché è la meno stabile, la meno fissa e nello stesso tempo la mappa ha la necessità di avere i punti di refere, e quindi dei punti chiave, dei codici a cui ci si deve attenere, però la mappa si può cambiare.
 - Antenna che mi aiuti a individuare e a percepire e a orientare. Qualcosa che soprattutto comunichi, che permetta la comunicazione tra tutti gli attori attorno al bambino, la mappa è la rappresentazione più vicina.
 - Mappa per un servizio collegato in rete con gli altri, nella mappa si possono creare dei percorsi.
 - La mappa perché è uno strumento per muoversi dentro a una struttura anche se sconosciuta, con la mappa riesci a utilizzare al meglio le risorse. Forse perché per me è importante sapere come mi debbo muovere. Se dopo la mappa trovo l'alveare penso che ogni casellina abbia la sua funzione e penso sia un buon alveare.

- Albero*
(3)
- Un albero perché è necessario che l'UPD abbia un punto di refere e quindi delle radici da cui nascere e che poi si dirami in periferia, arrivando nella struttura più periferica possibile, cioè all'unità familiare, soggetto su cui deve convergere la risposta di salute. Ogni braccio dell'albero ha le sue derivazioni e suddivisioni però la linfa che nasce dalle radici è la stessa che arriva alle foglie. Ecco quindi la grande necessità di un comune denominatore sui significati, le proposte, in modo che la gente veda che c'è un sistema unico, ma in grado di dare delle risposte non uniche come estrinsecazione. Io tra professionisti vedo meglio una rete. Nella mappa, ogni casa è separata dall'altra, mentre invece nella rete un nodo deve necessariamente attaccarsi a un altro nodo, invece nella mappa ognuno ha il suo territorio.
 - Un albero perché dovrebbe avere una base di appoggio chiara e solida in termini istituzionali, alle radici vi dovrebbero essere i bisogni degli utenti e una chiarezza istituzionale. Un albero che dà frutti visti come il raggiungimento della salute di ciascun bambino. È importante arrivare a ogni singolo bambino attraverso lo sviluppo del rapporto con i pediatri di base.
 - L'albero perché mi dà l'idea di qualcosa che cresce, si sviluppa, che raccoglie, convoglia, e poi distribuisce. Ha bisogno di essere accudito. L'albero mi dà l'idea che con le sue radici vada a cogliere i bisogni e poi ci lavora; cosa sono oggi i bisogni della gente? Sembrano essere solo quelli che noi attribuiamo loro.
- Alveare*
(1)
- L'alveare perché mi sembra una struttura di collaborazione in cui tutti contribuiscono e cercano di costruire una situazione ambientale vivibile uguale per tutti, con ruoli e spazi definiti. È importante vedere chi fa l'ape regina: secondo me la deve fare il medico, non un amministrativo, deve essere una figura pediatrica che collabora con tutti gli altri in maniera paritaria, non deve essere lasciato in mano solo all'aspetto amministrativo.

Se l'UPD fosse un pasto?

Dirigenti

Per i dirigenti l'elemento principale di questo pasto è sicuramente la pediatria di libera scelta che viene individuata come

- *gli elementi del pasto, ciò che forma i piatti*
- *pasta o carne*
- *la portata principale*
- *la pasta*
- *la pietanza*
- *i cuochi*
- *i commensali*

La pediatria di comunità è

- *il condimento*
- *il sale per dare sapore, gusto al piatto*
- *la verdura*
- *i liquidi*

quindi elementi importanti, ma non principali.

Ma quasi in antitesi con le precedenti definizioni viene definita anche come "il *maitre*" e "il cuoco". È il *maitre* - dice un intervistato -

cioè colui che si occupa di definire insieme agli altri il menu; si occupa dell'organizzazione della tavola, degli inviti, ha una funzione di tipo organizzativo, un lavoro di collegamento delle altre funzioni, delle personalità e delle altre professionalità che lavorano in ambito pediatrico;

e i pediatri di libera scelta sono i cuochi,

coloro che lavorano, producono, ma che lavorano in una logica integrata, in una logica comune, che sviluppano politiche condivise che interagiscono con le altre organizzazioni sociali, con le scuole, coloro che organizzano il pasto.

In un'altra intervista i pediatri di comunità sono

i cuochi che danno gli impulsi, conducono, tirano le fila, in una relazione biunivoca con i pediatri di libera scelta per individuare i bisogni e le modalità di risposta;

e i pediatri di libera scelta sono

i commensali, coloro che si siedono al ristorante e orientano il lavoro del cuoco con le loro scelte.

Mentre nella prima rappresentazione è chiaro, nella prospettiva ovviamente della costituzione dell'UPD, che il ruolo affidato alla Pediatria di comunità è importante ma non fondamentale, in questa c'è un cambiamento. Il *maitre* è chi sovrintende, chi dirige il servizio di una sala in un ristorante di lusso, il caposala, caposervizio, direttore di sala, "maestro, padrone, signore", il cuoco è "colui che cucina, sa cucinare" recita il vocabolario della lingua italiana.

Sono quindi due figure fondamentali per fare funzionare un ristorante e, nel caso del dirigente di sala, un ristorante di lusso. Si passa quindi da un elemento importante a uno fondamentale, di direzione e di qualità.

Quali idee ci stanno dietro? Di certo una tale rappresentazione del ruolo della pediatria di comunità richiama con forza la necessità di ripensare in modo complessivo a questa fascia di età che ha - come si è visto trattando il concetto di salute dell'infanzia - caratteristiche molto peculiari che devono essere riconsiderate e riaffrontate con idee nuove rispetto ai servizi. C'è bisogno di qualcuno o qualcosa che indirizzi, sostenga, promuova, costruisca reti, governi in modo propositivo e innovativo, di qualcuno che permetta di far crescere in termini qualitativi i servizi esistenti.

io credo che un problema grosso sia anche agire sui pediatri di libera scelta per motivi diversi soprattutto di carattere culturale; la pressione degli utenti e le barriere che loro stanno alzando non sono utili.

Ma

da troppo tempo [i pediatri di comunità] non riescono a trovarla [una loro dimensione] né autonomamente, né i sistemi riescono a dare loro la strada giusta, ... siamo nella fase in cui tutti soffrono, non si spiegano il perché e il percome, non ci sono energie propositive.

Da questo commento viene spontaneo porsi una domanda: è dalla pediatria di comunità che può emergere l'idea forte, quella che ha sostenuto per tanti anni una politica dell'infanzia che oggi in sanità sembra essere meno definita?

Può un servizio che oggi è da tutti considerato come affossato, appiattito su compiti residuali e routinari, con scarse risorse, quindi un elemento debole, prendersi la responsabilità di una nuova rivoluzione culturale, assumendosi un ruolo più di politica sanitaria che tecnico? Non rischia di essere improponibile?

Un intervistato ha messo in evidenza che il "condimento" - la pediatria di comunità - potrebbe non essere adatto al piatto principale, sono un

olio molto buono ma non perfetto per il piatto principale.

Può essere messo in collegamento con le idee espresse in precedenza?

Cosa manca

Manca poi l'ospedale. C'è l'idea di un servizio più integrato che legghi tutto ciò che di sanitario gira attorno all'infanzia e di cui fa parte anche l'ospedale, che però ha bisogno di trovare un suo ruolo.

Qui mi manca la pediatria ospedaliera che deve avere un ruolo, ma non ha un ruolo, è una presenza importante che si riferisce a una condizione di malattia.

Mancano altri servizi.

L'UPD bisognerebbe che fosse un pasto con i commensali principali che sono i pediatri di libera scelta, che seguono il pasto dall'inizio alla fine, ma nel quale intervengono in diversi momenti molti altri individui che si siedono per gustare l'aperitivo, il dolce.

Manca poi una definizione più precisa e autonoma della figura infermieristica assistenti sanitarie, infermieri professionali, figure che potrebbero ricoprire all'interno di una UPD un ruolo importante che deve essere ripensato sia in termini di compiti, responsabilità, autonomia e di collaborazione con le altre figure.

Un'idea importante è quella dei genitori:

i genitori sono i rappresentanti del benessere dei bambini e potrebbero essere loro stessi responsabili della individuazione di cosa il pasto debba contenere; dovrebbero essere chiamati in causa per capire se i servizi sono adeguati, se le cose che sono organizzate corrispondono a ciò che è stato richiesto.

E poi piatti nuovi, nuovi progetti, nuovi programmi di intervento: il bisogno, la necessità di ripensare in termini nuovi ai servizi per l'infanzia fa di nuovo capolino.

Direttori di Dipartimento

Tra i direttori dei Dipartimenti di cure primarie emerge in maniera forte l'opinione che le funzioni svolte dalla pediatria di comunità siano indispensabili, debbano essere svolte e debbano stare all'interno del Dipartimento insieme e in modo integrato con quelle della pediatria di libera scelta.

Nel pasto infatti molti hanno dato pari importanza ai due elementi; altri hanno preparato un piatto unico in cui si possono distinguere due elementi ma non si può fare a meno né dell'uno né dell'altro. Un direttore afferma:

altrimenti il piatto unico non si fa; c'è un'identità di progetto, e un'identità di realizzazione soprattutto rispetto al fatto che il progetto dovrebbe essere spostato sulla comunità e non sulla medicalizzazione.

Qui appare un'idea che si troverà poi in altri passaggi della ricerca, che porta a fare delle profonde riflessioni. Che cosa vuol dire oggi "fare lavoro di comunità", vuol dire lavorare nel, sul territorio, o oggi ha assunto un significato diverso, più ricco, più stimolante, alla ricerca di strumenti nuovi?

Che cos'è la comunità? Sono i luoghi collettivi, come appare in alcune interviste, o è qualcosa di più e di diverso?

Può esserci in questo concetto di comunità quel seme che può fare germogliare una piantina nuova: i servizi per l'infanzia?

Poi nuovamente la pediatria di comunità viene indicata come il condimento, il sapore, come elemento che dà il gusto.

Per la sopravvivenza può essere sufficiente un piatto di pasta,

ma per un pranzo, anche solo di qualità media, il condimento è indispensabile.

Un elemento di qualità sembrerebbe quindi essere indispensabile per dare corposità a questo pasto e sarebbe affidato alla pediatria di comunità.

Cosa manca

Manca il direttore di sala. Ritorna il bisogno di un'idea e di un *manager*. Il bisogno del Direttore del dipartimento di cure primarie di avere una spalla con cui condividere la progettazione e le scelte operative nell'area dell'infanzia ritornerà poi anche nei passaggi successivi.

Manca poi il tegame, il piatto, il contesto, qualcosa che contenga, amalgami, permetta di cuocere il cibo. Da questa immagine emerge la percezione che in realtà l'UPD non abbia ancora trovato la sua identità, la sua collocazione, la sua forma organizzativa.

Mancano altre portate come il contorno, inteso come ciò che può arricchire un pasto, oggi un po' scarso; manca il vino cioè le risorse e la creatività per fare decollare un servizio.

Pediatri di comunità

I pediatri di comunità coinvolti nel *focus* non si discostano dagli elementi rilevati nei precedenti due gruppi.

La pediatria di comunità è un condimento, è un ingrediente di un piatto unico, lasagne o cous cous che sia, è l'acqua e il vino, il pane, la tavola imbandita, il distributore dei cibi, il menu, lo strumento con cui si mescola, qualcosa che amalgama, mentre i pediatri di libera scelta sono il piatto principale.

Assistenti sanitarie

Con le assistenti sanitarie il quadro delle metafore cambia un po', i pasti diventano più frugali, un panino con il prosciutto, le fave con il pecorino, il minestrone. Sono bisogni semplici, naturali, di salute, che devono essere risolti; è con i bambini e con le loro famiglie che bisogna costruire una relazione, e cosa c'è di meglio di un panino con il prosciutto?

È un vissuto di semplicità e di concretezza? Un bisogno di rimanere aderenti a problematiche sentite come fondamentali e fondanti rispetto alle scelte operative che bisogna fare, data comunque l'assenza cronica di risorse?

Pur cambiando la tipologia delle metafore, si possono trovare elementi comuni agli altri soggetti coinvolti nella ricerca. C'è una grande complementarità tra le funzioni svolte dai pediatri di libera scelta e dai pediatri di comunità, sono due funzioni che insieme producono risultati fondamentali per un corretto sviluppo dei bambini, ma sono ancora oggi separate.

Meno forte pare essere l'idea che possano essere i pediatri di comunità a coordinare e costruire l'UPD.

Cosa manca

L'integrazione e quindi i momenti per costruirla e consolidarla, gli strumenti, i protocolli operativi sono le mancanze maggiori. Manca anche il cuoco, "cioè il coordinamento". Ritorna l'idea che l'UPD non sia ancora un servizio, ma un'idea che deve fare una lunga strada per essere realizzata. Le mancano i luoghi e i tempi, le modalità organizzative che fanno di vari professionisti un gruppo di operatori, un servizio.

Mancano anche le famiglie, che possono portare un grande apporto al servizio con le indicazioni rispetto ai bisogni da soddisfare e con le loro percezioni sulla qualità erogata. Mancano anche altri commensali "e cioè noi", dice un'assistente sanitaria.

Rete degli attori

Anche nelle interviste con gli attori della rete non emerge nulla di particolarmente diverso. È indifferentemente un primo o un secondo, si sottolinea però che sono tutti intorno a un tavolo:

io li descriverei come momenti di risposta assistenziale essenziali e capaci di per sé di avere significato, entrambi completano e fanno un pasto molto bello ... se fosse in sequenza funzionale non ci sarebbe problema;

vanno bene entrambi perché fanno un pasto completo - dice un altro intervistato - però non mescolerei troppo, non farei un piatto unico in cui mettiamo dentro tutto, distinguiamo bene i piatti poi con il tempo può diventare un piatto unico.

In queste due affermazioni si trovano delle precisazioni che vanno considerate come elementi da presidiare. Sono di pari valore le due componenti,

tutti commensali attorno a un tavolo insieme, ma ci sono ancora vari problemi all'interno di entrambe le parti.

Come può avvenire l'integrazione tra le due anime principali dell'UPD? L'integrazione è sempre un processo complesso, difficile da governare, che può dare grandi risultati, che è indispensabile per affrontare una problematica come quella della salute dell'infanzia, ma necessita di grande attenzione per non rischiare risultati opposti, cioè la frammentazione e i conflitti.

Un altro elemento viene posto da un intervistato, che suggerisce

attenzione perché forse quello che può succedere in una città è diverso da quello che può succedere fuori,

individuando come l'uso di grande flessibilità e ascolto delle singole realtà possa essere di aiuto per la costituzione dell'UPD.

Interessante per la ricchezza della metafora è l'individuazione dei ruoli dell'ideatore del pranzo, che viene affidato alla pediatria di comunità, e dei partecipanti, i pediatri di libera scelta che cucinano i piatti chiave.

Immagino un pasto che si fa in gruppo, ognuno porta qualcosa, l'Azienda ci mette la casa, le risorse. Immagino che i pediatri di libera scelta cucinino i piatti chiave, i piatti di routine, sono quelli che garantiscono che si mangia. Debbono garantire

piatti che soddisfano, se portano poche competenze tecniche i commensali si alzano che hanno ancora fame, oppure altri hanno il mal di pancia. Ai pediatri di comunità io affiderei il compito di avere l'idea della cena da mettere in piedi, sono quelli che sollecitano gli altri a partecipare e a portare i piatti, che organizzano, quelli che tengono conto degli invitati, che si occupano del menu, che garantiscono che ci sia il coperto e le bevande per tutti. Li vedo come promotori, perché più vicini al padrone di casa visto che la cucina è messa a disposizione dall'Azienda. I pediatri di libera scelta vanno e vengono, ce l'hanno in affitto questa casa, ma mangiano anche da altre parti.

Ritorna poi la metafora del condimento, del lievito nel dolce, dell'apparecchiatura; per la Pediatria di comunità viene evidenziato il ruolo di coordinamento, di lettura dei bisogni, di organizzatore di formazione, di supporto e stimolo alla pediatria di libera scelta, per sviluppare maggiore attenzione agli aspetti psicologici e preventivi. E si ripresentano anche le metafore del piatto forte, del dolce, del pane per i pediatri di libera scelta visti come referenti per la salute dei bambini.

Cosa manca

Manca l'ospedale e tutti gli operatori sociali e psico-educazionali, perché non ci può essere scollamento tra il dentro e il fuori, tra sociale, psicologico e sanitario, bisogna puntare su un servizio integrato per l'infanzia.

Manca una chiara definizione dei ruoli dei compiti.

Mancano le famiglie che possono esprimere la propria opinione. "In quale forma?" si chiede un intervistato. Le associazioni? L'idea è ancora indefinita ma evidenzia un bisogno più volte espresso di relazioni, di collegamenti, di connessioni.

Manca un politico che sottolinei ancora una volta la necessità di un pensiero sull'infanzia e l'adolescenza anche a livello politico generale.

Box 4. Il pasto

Dirigenti

Pediatria di comunità	Pediatri di libera scelta	Perché	Cosa manca e perché
Il sale che insaporisce tutti i piatti	Gli elementi di base del pasto		Mancano piatti nuovi, nuove ricette, in particolare i servizi per gli adolescenti.
La verdura	Pasta o carne	Entrambe fanno parte di un pasto completo e tutti e due debbono essere considerati piatti importanti. Penso a un pranzo normale non di nozze, con piatti essenziali, il primo e il secondo e la verdura.	La frutta: la pediatria ospedaliera.
Il maitre	Cuochi	Il <i>maitre</i> , colui che si occupa di definire insieme agli altri il menu, l'organizzazione della tavola, gli inviti. Una funzione di tipo organizzativo, di collegamento con altre funzioni e professionalità che lavorano in ambito pediatrico. I cuochi, perché sono coloro che producono, ma in una logica comune, che sviluppano politiche condivise, che interagiscono con le altre organizzazioni sociali, con le scuole, coloro che cucinano il pasto.	Una indicazione da parte di chi fruisce del pasto, in particolare i genitori che potrebbero essere quelli che indicano cosa il pasto debba contenere, dovrebbero essere chiamati in causa.
Il condimento	La portata principale	Se non fosse un pasto sarebbero una colla.	Capacità di questo condimento di essere adatto al piatto principale, i pediatri di comunità sono un olio molto buono ma non perfetto per il piatto principale.
I cuochi	I commensali	I cuochi perché danno gli impulsi, conducono, tirano le fila, e lo debbono fare non in modo unidirezionale ma in una relazione biunivoca con i pediatri di libera scelta. I commensali, cioè coloro che si siedono al ristorante e orientano con le loro scelte il lavoro del cuoco	La musica che può rendere piacevole il pasto (i servizi di prevenzione), i vini e i <i>sommelier</i> (pediatri ospedalieri).
Il condimento	La pasta		Il contorno e la carne

(continua)

I liquidi	La pietanza	<p>I liquidi sono importanti, ma facilmente reperibili anche fuori dai pasti.</p> <p>La pietanza perché i PLS hanno un impegno definito, hanno un mandato e relazioni forti mentre per la PdC non è chiaro, ha bisogno di trovare una nuova dimensione. È ormai troppo tempo che avviene questa ricerca, autonomamente non riescono a trovare la nuova via e il sistema non riesce a indicare la strada giusta. È un momento di grande sofferenza, non ci sono energie propositive. Il problema grosso sta nell'agire sui PLS, la pressione degli utenti e le barriere che loro stanno alzando non sono utili, i motivi credo siano essenzialmente di carattere culturale. Oggi danno un servizio al 30% della popolazione che loro assistono e per il 70% non riescono a dare risposte adeguate ai bisogni.</p>	I moltiplicatori - le assistenti sanitarie - li vedo come i moltiplicatori dell'energia positiva dei pediatri.
-----------	-------------	--	--

Direttori di DCP			
Pediatri di comunità	Pediatri di libera scelta	Perché	Cosa manca e perché
1° o 2° piatto	1° o 2° piatto	Ruolo diverso ma di uguale importanza tra PLS e PdC; uno è il 1° e l'altro il 2° indifferentemente.	Le altre portate.
Proteine o carboidrati	Proteine o carboidrati	Sono essenziali entrambi per un pasto completo.	Il contorno e tutto ciò che può arricchire il pasto.
Cuochi	Camerieri	I PdC sono coloro che preparano e decidono qual è il pasto; programmano e progettano, fanno il menu. I PLS sono i camerieri, coloro che dovrebbero servire; c'è un'identità di progetto e un'identità di realizzazione, in particolare perché il progetto dovrebbe essere spostato sulla comunità e non sulla medicalizzazione.	Nella mia metafora mancherebbe il direttore di sala che coglie gli umori e i bisogni dei commensali e che verifica che ciò che viene servito corrisponda a ciò che è stato ordinato.
Ciò che sta nei bicchieri	Ciò che sta nei piatti	La parte liquida e la parte solida, quella che sta nei piatti. Mi sembra che i PLS siano la parte forte, la parte <i>hard</i> , la parte clinica, attività che dovrebbero fare esclusivamente loro; i PdC dovrebbero fare attività di coordinamento, di analisi dei bisogni dei professionisti, parte non essenziale ma importante perché il sistema funzioni.	Il contesto in cui si consuma, il pasto. Mancano le relazioni con il resto del mondo. Quindi entrando nella logica culinaria il contesto, l'ambiente.
Il riso della paella	Il pesce della paella	Un piatto dove si dovrebbero realizzare la massima collaborazione e integrazione, il PdC come il riso, la base, mentre i PLS come il pesce.	Un bicchiere di vino, l'idea delle risorse.
Pizza margherita: ciò che ci va sopra	Pizza margherita: pasta	I PLS sono la pasta, la struttura, i contenuti; se c'è una buona pasta andiamo bene; le cose che ci si mettono sopra, comunque leggere, che lega insieme le cose.	
Menu	Cucina	Un ristorante molto grande dove i pediatri lavorano insieme.	
Condimento	Ingredienti di base	I PLS sono gli ingredienti del pasto, mentre i PdC sono il condimento, quello che dà sapore.	
Pizza: ingredienti	Pizza: pasta	Una pizza: sicuramente i PLS sono la base, però i PdC sono gli ingredienti di cui sicuramente non si può fare a meno.	Il sale che dà sapore, che aggiunge qualcosa. Metterei qualcosa di creativo.
Tagliatelle al ragù: il ragù	Tagliatelle al ragù: le tagliatelle	I PLS sono le tagliatelle, hanno un aspetto sinuoso, sono la base, la sostanza, poi l'aspetto più elevato è dato dal ragù, dal sostegno epidemiologico, quello che dovrebbero fare i pediatri di comunità.	Il piatto, il contenitore che tiene tutto; va creato quel legame che oggi non vedo, il piatto che legghi questi due aspetti che oggi vedo ancora un po' distanti
Piatto di pasta: sale e acqua	Piatto di pasta: la pasta		

Pediatri di comunità

Pediatri di comunità	Pediatri di libera scelta	Perché	Cosa manca e perché
Cous cous: farinacei	Cous cous: altri ingredienti come verdura, ecc.	I PdC sono il collante, quello che unisce tutti gli ingredienti.	Il ristorante.
Lasagne: proteine e vitamine	Lasagne: carboidrati		La verdura.
Distributore dei cibi	La pasta		Il vino, perché rende fluida la digestione.
La tavola imbandita	Le vivande	Il pasto è più appetibile se è stato progettato e distribuito bene.	I commensali.
Il sugo: pomodoro con basilico	La pasta	Il sugo aiuta ad amalgamare.	Le posate, gli strumenti che aiutano a raccogliere bene la pasta e il sugo.
L'acqua e il vino	Primo piatto	Ho scelto per la PdC acqua e vino perché accompagnano il pasto.	Contorno leggero, qualcosa che completi.
Il menu	Cameriere		Le posate.
Il pane	Un secondo piatto a base di cacciagione	La cacciagione perché ha un sapore forte.	Il bambino, chi lo mangia.
Qualcosa che amalgama: stoviglie, digestivo	Le varie portate o ingredienti		L'appetito per consumare il pasto.
Piatto unico: qualcosa con cui si mescola	Piatto unico: piatto forte	Luogo dove consumare questo pasto.	
Cucchiata per mescolare	Il riso	È importante la qualità del riso.	Le bevande per unire le varie parti.

Assistenti sanitarie

Pediatri di comunità	Pediatri di libera scelta	Perché	Cosa manca e perché
Il pane	Il prosciutto	Il PdC è il pane che comunque è sempre buono, è sempre apprezzato da tutti e si può abbinare con tante altre pietanze e cibi, nel senso che accompagna tutto, è molto fruibile, è il primo comunque che quando c'è un bisogno, va. Il PLS è il prosciutto, il cibo principale, qualcosa di pregiato, molto prezioso.	Insalata, carciofini, maionese. Manca integrazione e multidisciplinarietà.
Fave	Pecorino	Perché sono complementari l'uno all'altro, vedo una collaborazione, sono alimenti buoni anche da soli. Ognuno ha dei compiti e fa delle cose, però insieme su un bambino, su un progetto sono sicuramente meglio.	Mancano il tavolo e le sedie per sedersi a mangiare. Mancano dei momenti strutturati per parlare e operare insieme.
Formaggio grana	Cereali: grano, riso	I PLS sono indispensabili per la sopravvivenza, è il cereale che ha un'importanza fondamentale, è la base alimentare. Invece vedo il PdC come il grana, che è una cosa pregiata, conosciuta, molto costosa, che non tutti si possono permettere. Dà un tono particolare alla base, però spesso succede che mangi solo il pane o il riso.	La tavola apparecchiata. Tutti mangiano allo stesso tavolo, anche le famiglie.
Piatto unico: un ingrediente fondamentale	Piatto unico: un ingrediente fondamentale	Penso alla PdC e alla PLS come due ingredienti fondamentali per un piatto unico. Non li vedo uno più pregiato di un altro, entrambi concorrono a erogare servizi validi ed efficaci per la tutela della salute del bambino.	Gli strumenti per consumare il pasto, ad esempio le posate, ecc. cioè i protocolli operativi.
Il primo	Il secondo	Penso a un pranzo inteso come un primo e un secondo, il secondo è più sostanzioso ed è fondamentale.	Il vino. Il pranzo deve essere equilibrato, gustoso.
Il vino	L'acqua	Ho pensato alle bevande, il PLS l'ho sentito importante e l'ho associato all'acqua, che è indispensabile durante il pasto, il PdC l'ho paragonato al vino perché è importante qualcosa di frizzante.	Manca chi lo consuma.
La pasta	Il pomodoro	Un piatto di pasta condita col pomodoro: il PdC la pasta e il PLS il pomodoro perché si accompagnano bene insieme, però il pomodoro si può mangiare anche a pasto.	Le posate. Ho messo le posate perché siano un aiuto a sfruttare appieno il piatto.

(continua)

Il minestrone	Il pane	La PdC è come un minestrone, nel senso che si sta occupando di moltissime cose; il PdC viene considerato dagli altri servizi come un medico un po' indifferenziato, però ha molti ingredienti. I PLS li ho pensati come il pane, nel senso che è per tutti, e tutti lo possono avere. Purtroppo c'è del pane buonissimo e c'è del pane poco lievitato, non sempre all'altezza della situazione.	Chi lo consuma, cioè l'utente.
Il latte	Il caffè	Il PdC è latte, piace ai bambini, è buono, è bianco, è bello, è profumato. Il PLS è il caffè, è un po' nero, più o meno amaro, si combina al latte.	Manca con chi condividere, altri commensali, e cioè noi assistenti sanitarie.
Gli utensili di cucina	Un alimento	Il PLS è come un alimento che entra sempre nella preparazione del pasto. La PdC è come l'utensile che si utilizza per preparare il pasto, che serve per amalgamare.	Manca il cuoco, cioè il coordinamento.
Un utensile	Piatto da consumare	Il PLS è il piatto, cioè qualcosa da consumare. Il PdC è l'utensile che mi dà la possibilità di fruire dell'alimento.	Manca il condimento/sugo. Credo che il buono di un piatto sia quando gli ingredienti non si distinguono, ci stiamo provando ma il gusto ancora non c'è.
Il prezzemolo	Il pane e l'acqua	Il PLS può essere il pane, come può essere l'acqua, e tutti lo possono avere.	Mancano altri ingredienti, frutta, insalata, e momenti di condivisione.
Piatto unico: il condimento	Piatto unico: la pasta	I PLS sono la pasta e può essere condita in vari modi, a seconda delle opportunità o delle occasioni; vedo il PdC come colui che dà il gusto al piatto principale.	Manca il dolce per un pasto completo, equilibrato e gratificante.

Rete degli attori

Pediatri di comunità	Pediatri di libera scelta	Perché	Cosa manca e perché
Un condimento	Il piatto forte	Vedo il ruolo della PdC come un ruolo di coordinamento, di formazione, uno strumento di supporto alla pediatria; dovrebbe fornire al PLS gli strumenti, quindi la penso come un condimento. Il PdC avrebbe il compito di registrare i bisogni della comunità in cui vive, di indicare alla pediatria quale sviluppo intraprendere, poi potrebbe farsi carico della formazione della PLS. Bisogna migliorare l'attenzione sugli aspetti psicologici e preventivi e quindi orientare meglio le risorse. L'unica cosa che non vedrei è quello che sta facendo, le vaccinazioni, le potrebbe fare il PLS pur rimanendo alla PdC la funzione di sorveglianza della copertura vaccinale. I PLS restano il piatto forte, il punto fondamentale, loro sono i referenti per la salute del bambino, anche di sanità pubblica, devono però avere degli strumenti in mano che permettano di raccogliere dei dati epidemiologici.	Mi manca l'ospedale, che potrebbe essere il bicchiere di vino. Attenzione che le scelte non separino l'ospedale dalla pediatria di base e questo sarebbe un errore perché l'ambito pediatrico ha bisogno di stare compatto, i pediatri sono veramente pochi, non ci può essere scollamento tra il dentro e il fuori e questo collegamento va salvaguardato.
Il primo o il secondo	Il primo o il secondo	Se tutto fosse in sequenza funzionale non ci sarebbe problema, potrebbero essere il primo o il secondo indifferentemente, comunque entrambi avrebbero un significato molto alto, il primo è un ottimo primo e il secondo è un ottimo secondo, con un'identità e una caratterizzazione tale per cui sarebbero gradevolissimi, li descriverei come momenti di risposta assistenziale essenziali e capaci di per sé di avere significato e quindi non è che uno debba dipendere dall'altro ma viceversa entrambi completano e fanno un pasto molto bello.	Mancherebbe chi dà le risposte di salute più significative, l'ospedale, che si occupa della salute del bambino nell'accezione più alta del termine. I PLS devono dare risposta anche alle patologie di un certo rilievo che possono essere gestite a casa, perché la casa è il luogo ideale per risolvere le malattie del bambino, luogo pieno di emozioni, di significati, di valori, di condivisioni e soprattutto di sostegni nel momento di grandi difficoltà. L'ospedale deve essere in rete con gli altri due.

(continua)

Colui che ha l'idea della cena da mettere in piedi	Coloro che cucinano i piatti chiave	<p>Immagino un pasto che si fa in gruppo, ognuno porta qualcosa, l'Azienda ci mette la casa, le risorse. Immagino che i PLS cucinano i piatti chiave, i piatti di routine, sono quelli che garantiscono che si mangia. Debbono garantire piatti che soddisfano, se portano poche competenze tecniche i commensali si alzano che hanno ancora fame, oppure altri hanno mal di pancia. Ai PdC io affiderei il compito di avere l'idea della cena da mettere in piedi, sono quelli che sollecitano gli altri a venire e a portare i piatti, che organizzano, quelli che tengono conto degli invitati, che si occupano del menu, che garantiscono che ci sia il coperto e le bevande per tutti. Li vedo come promotori, perché più vicini al padrone di casa visto che la cucina è messa a disposizione dall'Azienda. I PLS vanno e vengono, ce l'hanno in affitto questa casa ma mangiano anche da altre parti.</p>	<p>Per far venir bene alcuni piatti è necessario immettere dei correttivi, ad esempio mancherebbero sicuramente gli operatori sociali psico-educazionali, manca la componente psico-educativa, alla quale affiderei il compito di garantire anche i piatti esotici, ci vorrebbe qualcuno che impari a cucinare il cous cous, insomma qualcuno della compagnia che si intenda di piatti esotici.</p>
Una bevanda tranquillizzante, tonificante, fresca	Un pasto nutriente affidabile, che sfama in poco tempo, un toast		<p>Mancherebbero i collegamenti. Oggi è come prendere un toast a un'ora e una bibita a un'altra ora. Mancano le connessioni, il coordinamento dei tempi per la digestione.</p>
L'ingrediente principale	Un pasto completo: primo, secondo, contorno	<p>La PdC comprensiva dell'assistente sanitaria sono l'ingrediente principale. I PLS li vedo come un pasto completo con primo, secondo e contorno, dai carboidrati alle proteine e vitamine, tutto per avere un'alimentazione completa.</p>	<p>Penso che l'UPD dovrebbe stare in rete, manca tutto quello che fa parte delle relazioni, della rete che la sanità pediatrica deve costruire, se la finalità è quella della salute non si ottiene solo con le cose materiali. Nel pasto ci dovrebbero essere altri ingredienti come le spezie, condimenti vari che possono arricchirlo, che sono le relazioni con tutta la realtà circostante, la scuola, le istituzioni educative, i luoghi comunemente frequentati dai bambini.</p>
Lievito	Dolce	<p>Penso alla PdC come coloro che realizzano la rete tra i pediatri e la tengono informata. Se i pediatri di libera scelta fossero un dolce, i pediatri di comunità dovrebbero essere il lievito.</p>	<p>Manca una chiara definizione degli ingredienti per realizzare un buon dolce.</p>

(continua)

Un primo o un secondo	Un primo o un secondo	Per tutti e due un piatto di portata uguale o un primo o un secondo, non può essere un contorno. È importante che sia chiaro che piatto è, da chi viene servito, e che non vi siano confusioni tra i piatti. Vanno bene entrambi (primo e secondo) perché fanno un pasto completo. Non mescolerei troppo, non farei un piatto unico in cui mettiamo dentro tutto, frutta, verdura, ecc. Bisogna distinguere e contraddistinguere i ruoli: il PdC ha un ruolo, il nome identifica un ruolo "di comunità", come il PLS distingue un ruolo sul singolo. Servono entrambi, se io mangio un primo scadente e un secondo buono non dico di aver fatto un buon pasto, è necessario che entrambi siano buoni. Fare un piatto unico si rischia di fare molta confusione, non si sentono più i gusti. Preferirei partire con un piatto distinto poi col tempo può diventare un piatto unico.	Le funzioni che debbono essere integrate all'interno dell'UPD. Se l'UPD serve per dare un'assistenza migliore, allora ci deve essere un colloquio "tra tutti i componenti del pasto" quindi gli amministrativi, le assistenti sociali, i NPI, tutte le figure che ruotano attorno al bambino. Il PdC può avere un ruolo di coordinamento anche se il coordinamento finale spetta al pediatra di famiglia, anche perché le problematiche che ruotano attorno alla comunità il pediatra di famiglia le conosce perché vede frequentemente tutte le famiglie. Il pediatra di famiglia deve darsi da fare per realizzare le cose che ancora oggi non si fanno.
I commensali attorno a un tavolo insieme	I commensali attorno a un tavolo insieme	Non riesco a fare delle differenze, io li vedrei tutti attorno a un tavolo insieme, alla pari. I saperi non devono avere delle gerarchie, sono tutti importanti, tutti danno degli apporti fondamentali per capire i bambini e aiutarli a crescere bene. La pedagogia è sempre stata ritenuta la Cenerentola, forse non sarà la più importante, ma sicuramente utile. Sedersi attorno a un tavolo per fare ricerca, per ascoltare e poi per trasformare il sapere e restituirlo. Costruire un sistema integrato di ricerca.	I bambini, le famiglie, un politico, uno di quelli che forse non esistono più, quelli che sanno fare politica.

(continua)

L'apparecchiatura	Il pane	<p>I PLS sono il pane perché è quello che accompagna un po' tutto, e resta ad altre figure mettere il companatico. I PdC sono l'apparecchiatura, perché non credo che la PdC possa svolgere un ruolo specifico sul bambino, ma mette a disposizione una struttura e delle competenze, deve essere il luogo in cui convergono delle capacità. Ci sarà nella PdC un responsabile che è quello che apparecchia e che sa come apparecchiare conoscendo i commensali e il menu, non metterà un piatto piano se viene servito del brodo. Non dobbiamo pretendere che il PdC conosca tutto, deve essere abile a capire i bisogni, però altri debbono dare il loro apporto e saranno invitati a portare qualcosa da mangiare. Non si può pensare che la PdC debba sapere tutto, deve essere aperta, sapere raccogliere gli <i>input</i> da fuori: se uno è bravo apparecchia bene e poi riempie con quello che gli portano gli altri; anche gli altri debbono essere capaci di portare qualcosa.</p>	<p>Mancherebbero gli psicologi, un'assistente sanitaria, però l'acqua dovrebbero portarla le famiglie, tramite le associazioni. L'acqua non va a male, la possono portare in tanti e ci se ne serve quando ce n'è bisogno.</p>
-------------------	---------	--	--

Le caratteristiche dell'UPD

Premessa

In questa parte dell'intervista si passa da un linguaggio di tipo metaforico a uno più logico-razionale e si approfondisce il significato di UPD individuandone le caratteristiche. Riemerge quindi un linguaggio più tecnico, ed è come se tutta la ricchezza esplosa nelle parti precedenti, incanalandosi nella razionalità e rientrando nei canoni professionali classici, si perdesse.

In realtà, il pensiero - dopo avere compiuto un percorso di sviluppo con l'aiuto delle domande spiazzanti, porta alla creazione di nuove idee.

Lo sforzo che si dovrà compiere è quello di rimettere insieme i linguaggi, trovando le connessioni tra le parti.

Dirigenti

Per dare uno sguardo d'insieme sono state messe attorno alla parola UPD le principali definizioni e caratteristiche che vengono assegnate dagli intervistati.



Le definizioni che vengono date dai soggetti coinvolti sono molteplici e sono riportate di seguito.

Una delle intervistate richiama a una funzione pregnante per il Servizio sanitario nazionale, quella di garantire tutta la popolazione su alcuni bisogni ritenuti prioritari.

Un insieme di azioni che connotano un servizio pubblico che vuole garantire tutta la popolazione, che ha bisogno di un forte supporto organizzativo, di una direzione che non può essere lasciata alla spontaneità, alla disponibilità all'intelligenza del pediatra di famiglia che è un attore fondamentale nella rappresentazione, ma ci vuole un regista che è la pediatria di comunità, sarebbe utile che fosse un regista che fa l'attore e che l'ha fatto in passato.

Inoltre indica l'UPD come garante di una politica sanitaria della comunità e quindi deve avere degli obiettivi comuni nelle varie realtà distrettuali della regione:

noi chiediamo di presidiare in maniera forte le vaccinazioni, screening; chiediamo che si facciano carico dei percorsi di cura sui problemi cronici, promozione dell'allattamento al seno, bambini immigrati e delle famiglie, collaborazione con i neuropsichiatri sui disturbi del comportamento alimentare.

Ma è anche collocata in un territorio che ha sue specificità, bisogni, storia, cultura e in un'Azienda che ha delle risorse e delle modalità organizzative che ancora una volta risentono del contesto più vasto in cui è collocata:

pensando alle nostre Unità pediatriche di distretto, ne abbiamo di diverse tipologie;

e viene riportata una realtà specifica nella quale effettivamente la Pediatria di comunità, con il proprio personale, svolge diverse funzioni; e ancora, in piccole realtà la pediatria ospedaliera si assume compiti tipici della pediatria territoriale in un intreccio interdisciplinare molto particolare.

La capacità di ascolto della realtà specifica nella quale si agisce, realtà in termini di bisogni, di storia dei servizi, ma anche di specificità di risorse da utilizzare e su cui contare in termini soprattutto umani, viene a essere una delle caratteristiche principali su cui costruire una definizione, e suggerisce forme organizzative flessibili, articolabili in modo creativo per raggiungere i risultati attesi in termini di salute.

La ricerca di definizioni e caratteristiche dell'UPD continua sottolineando nuovamente per voce di un altro intervistato l'appartenenza a un contesto. L'UPD è un servizio che

si sforza di aderire al contesto, bisogna fare uno sforzo per uscire da un meccanismo e un modello riproducibile ovunque, ci sono nella regione ambiti territoriali diversi, ci sono realtà cittadine, realtà periferiche, realtà montane, realtà ricche e povere ... Bisogna fare ogni sforzo per cercare di capire le peculiarità del contesto per adeguare e far corrispondere il modello di organizzazione sanitaria al contesto di riferimento ... Il modello deve essere flessibile e individuare priorità di volta in volta diverse sapendo che tutto non si può fare. La risposta va data per una generalità di problemi ma bisogna cercare di cogliere le priorità e di adattare il modello produttivo a quella dimensione, a quella realtà. Questa è la caratteristica del servizio, quella di cercare di aderire, di fare uno sforzo per corrispondere, e lo

vedo troppo poco. Vedo una situazione di staticità, si prende il modello regionale e si riproduce, anche se quel modello in quel luogo non va bene si fa così lo stesso, senza andare a cercare soluzioni diverse.

L'UPD è principalmente un luogo nel quale

si pensa e si progetta

attorno ai problemi della salute dell'infanzia sia di prevenzione che di cura, cogliendo le criticità che giungono dai PLS e

mettendo a disposizione tutta la rete per i problemi specifici che non si risolvono clinicamente con l'episodio di cura.

L'integrazione è oggi un bisogno fondamentale per risolvere o anche solo fronteggiare i problemi che derivano dalla complessità che attornia il bambino e la sua famiglia e

non ce la fa più nessuno da solo, ce la deve fare qualcuno che mette insieme la rete dei servizi specifici.

Con questa definizione ci collochiamo nel campo dei bisogni sentiti dalla direzione oggi prioritari per costruire una politica di salute dell'infanzia.

L'UPD deve unire, raccordare deve essere un

ponte continuo fra le diverse funzioni e competenze ... un ponte costante e continuo tra competenze diverse che non sono solo quelle dei pediatri di libera scelta o di comunità ma anche i servizi sociali, la neuropsichiatria, il nutrizionista ...

Un intervistato si spinge oltre definendo l'UPD come

un articolato di risorse umane, utile a soddisfare le esigenze delle mamme, delle famiglie. Persone che prevalentemente lavorano su questo, dotate di capacità tecniche per diagnosticare eventuali disturbi affettivo relazionali e sanitari in senso stretto..., un'équipe di operatori in grado di agire su due versanti.

Progettazione e diagnosi sono le funzioni che emergono, ma l'articolato di risorse umane rimane poi, nell'intervista, non meglio definito.

Poi che debbano essere pediatri..., il leader può essere qualsiasi figura che ha qualche capacità manageriale nel campo della salute dell'infanzia.

L'UPD è

una grande incompiuta non si è ancora realizzata ma ha in sé tutte le condizioni per realizzarsi,

dice un intervistato con una punta di amarezza rispetto alle difficoltà incontrate nel tentativo di concretizzarla, ma anche con grande speranza rispetto alla possibilità di riprovarci:

per motivi contingenti che sono quelli degli accordi regionali solo recentemente sottoscritti ma anche perché negli anni questa perfetta sinergia e sintonia [tra PLS e PdC] non si è mai sviluppata pienamente e spesso c'è stata prevalenza dei pediatri di libera scelta sui pediatri di comunità senza creare le condizioni perché l'unità si potesse dire tale. Oggi io la definirei una grande incompiuta che ha in sé tutte le condizioni per realizzarsi, traendo insegnamento dagli errori commessi

nel passato di una non perfetta integrazione, orientandosi verso una maggiore capacità di delega agli uni o agli altri delle competenze. Se dovessi dare una definizione dell'UPD, l'idea di chiamarla l'alveare dell'assistenza sanitaria all'infanzia credo che potrebbe essere la definizione più coerente con il mio modo di vedere.

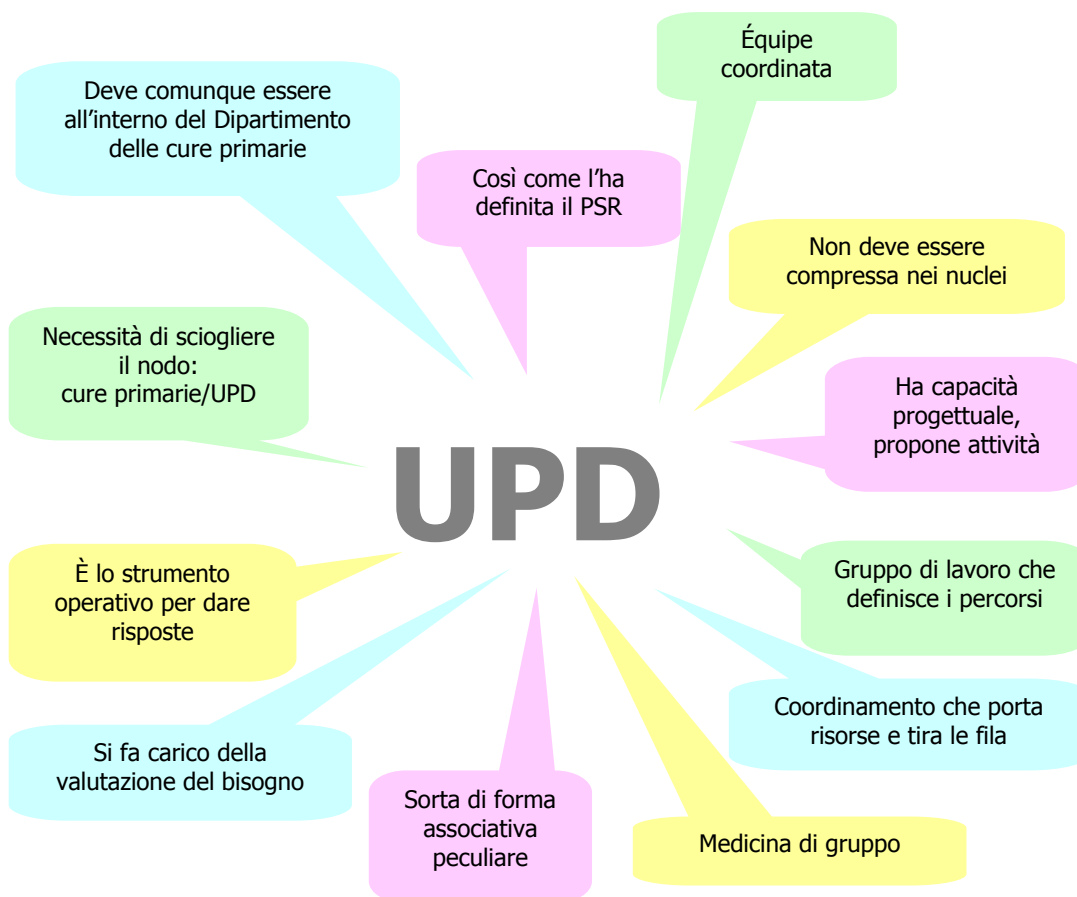
E poi tante domande emergono a dimostrazione della difficoltà a dare un contenitore e un contenuto unico all'UPD e anche, in modo particolare, uno spazio definito alla PdC all'interno dell'UPD, del Distretto e dell'Azienda sanitaria complessivamente.

La domanda è: l'UPD verso cosa? per fare che? verso una visione aziendale trasversale? La PdC più verso il PLS o verso l'Unità operativa ospedaliera? Se l'orientamento di più verso la PLS immagino che possa giocare un ruolo di sostituzione ambulatoriale. Mi potrebbe seguire le difficoltà organizzative di presidio, per sedi particolari nel territorio, come funzione pediatrica assimilabile ai PLS? [Si fa riferimento a una sperimentazione attuata in tal senso] Oppure il PdC è quella figura che rappresenta il braccio organizzativo del DCP per il raccordo con i PLS e quindi con un ruolo di coordinamento dei pediatri? Agisce per individuare i percorsi e seguirli nei confronti delle patologie che i bambini possono avere, handicap, cronici o altri problemi simili? E la funzione vaccinale, la deleghiamo ai PLS? Ma la tenuta organizzativa di tutto un sistema di chiamata e di registrazione, accertamento effettivo di quello che ho fatto riusciamo a mantenerla e come? È una funzione che va assolutamente rilanciata e custodita e rappresentata per la ricaduta profonda che ha nel mondo intero e in ogni caso è una funzione da svolgere, e nei confronti del bambino piccolo sicuramente la competenza non è male che sia pediatrica. E l'ospedale?

Riprendendo poi le parole chiave, la sensazione che si ricava è quella di indeterminatezza: è un'area di interscambio, un punto di arrivo, un punto di riferimento, un luogo, un sensore che coglie. L'UPD è una grande sfida perché non è definibile, né strutturabile come un servizio, con le modalità classiche a cui siamo abituati, è un'idea complessa per affrontare un mondo complesso che è quello dello sviluppo sano dei bambini.

Direttori dei Dipartimenti di cure primarie

Per dare uno sguardo d'insieme sono state messe attorno alla parola UPD le principali definizioni e caratteristiche che vengono assegnate dagli intervistati.



Nelle definizioni dell'UPD e delle sue caratteristiche si trovano alcune idee più pragmatiche in coerenza con il ruolo specifico dei direttori di Dipartimento delle cure primarie, ma troviamo anche tanti quesiti, tanti dubbi, tanti nodi da sciogliere.

Primo elemento di certezza deriva dalla sintonia con ciò che la Regione ha espresso nel Piano Sanitario e dalla constatazione che l'UPD ci deve essere e deve comunque stare all'interno del Dipartimento delle cure primarie.

il percorso è abbastanza lungo per arrivare a un modello organizzativo così come la Regione se lo immagina. Però io ritengo che i pediatri devono cominciare, hanno cominciato a farlo, a progettare insieme e anche a realizzare, a raggiungere degli obiettivi partendo da una visione formativa comune.

Un punto critico viene sottolineato, con la richiesta alla Regione di cercare di fare chiarezza e "sciogliere questo nodo che è rimasto" che è il rapporto tra l'UPD e i NCP.

Il continuare a spingere verso i Nuclei di cure primarie come riferimento territoriale rende difficile fare convivere i PLS in due organizzazioni e la Regione sembra non avere scelto.

Con l'UPD andiamo di nuovo a creare una UO con un modello verticistico che comunque deve confrontarsi con quello a rete dei Nuclei di cure primarie. È troppo difficile per le unità operative già strutturate, figuriamoci per quelle non strutturate.

Qui si può cogliere una sottolineatura rispetto alla difficoltà di rapportarsi ai pediatri di libera scelta che non hanno un'esperienza di lavoro in un servizio e che hanno sempre agito in una logica più libero-professionale.

Nascono delle proposte che si indirizzano prevalentemente, almeno in questa fase, verso una maggiore attenzione per l'UPD:

a mio modo di vedere, la scelta dovrebbe essere quella dell'UPD perché, almeno nella mia esperienza, i nuclei si stanno orientando in modo massiccio verso l'adulto e vedono il PLS molto lontano.

Dice un direttore:

l'UPD è un'organizzazione che si fa carico della valutazione del bisogno espresso, ma ha anche capacità progettuale, propone attività e le trasmette in modo orizzontale e non deve essere compressa per forza nei nuclei di cure primarie.

Per quanto riguarda la collocazione dell'UPD all'interno del Dipartimento delle cure primarie è stato espresso un timore:

le cure primarie hanno un taglio per l'adulto che da un parte è molto importante, ma è mirata, almeno nella mia esperienza, quasi esclusivamente sulla cura mentre nell'ambito dell'infanzia siamo riusciti fino ad ora a mantenere insieme una parte di sanità pubblica, un'area di prevenzione e un'area di assistenza, poca, ma che potrebbe essere dilatata nella visione di un'unificazione con la parte della PLS. Mi fa molta paura perdere alcune caratteristiche della PdC perché sono caratteristiche che ha solo lei nell'ambito del tipo di servizi che stiamo fornendo.

Il Dipartimento di cure primarie è ritenuto un contenitore ampio che ha un suo respiro, ma viene suggerita l'attenzione a non perdere delle peculiarità importanti che sono contenute nell'area infanzia. Tutta una serie di funzioni che storicamente stavano lì ora vengono tolte e accorpate ad altri servizi in una logica di funzioni e non di fascia di età.

Ritornando poi alla definizione di UPD si trova che:

è lo strumento operativo per dare risposta ai bisogni dei bambini, che propone novità rispetto al target progetto salute del bambino;

definisce percorsi in un determinato ambito provinciale;

aiuta il Direttore del Dipartimento CP;

è diversa dai nuclei di cure primarie che fanno assistenza nel territorio dove si producono sinergie tra MMG e PLS per continuare l'assistenza.

L'UPD è un'organizzazione che potrebbe consentire di aggregare competenze e funzioni, ma

non bisogna ingessare la struttura.

Al di là della definizione, una caratteristica su cui c'era ampio consenso è quella di ridurre al minimo ogni forma di gerarchia. Molti, in forma diversa, sostengono infatti questo aspetto.

Bisogna immaginare un'unità operativa dove l'elemento gerarchico non sia totalmente assente ma comunque non sia rilevante, e quindi l'idea di un gruppo di professionisti che lavorano nella logica dei nuclei di cure primarie;

all'interno dell'UPD non conta tanto la relazione gerarchica ma quella produttiva;

me la immagino come una équipe coordinata;

pensarla come una sorta di forma peculiare associativa;

l'UPD la vedrei una sorta di medicina di gruppo, dove la Pediatria di comunità si pone come una specie di coordinamento che porta risorse, che tira le fila, i percorsi e il supporto a tutte le attività fornendo ad esempio le ASV per le vaccinazioni a tutti i pediatri del territorio.

L'altro aspetto che deve accompagnare necessariamente questi professionisti dell'UPD è una maggiore responsabilità del raggiungimento degli obiettivi assegnati:

una riduzione degli aspetti gerarchici a fronte di un aumento di responsabilizzazione.

Rispetto alle gerarchie possibili o non possibili, nascono delle idee che vedono anche la possibilità di forme organizzative più fluide come quelle a matrice, per progetti e programmi e con responsabilità che possono essere affidate a professionisti diversi:

all'interno di un'Azienda, nei dipartimenti è possibile ipotizzare dei percorsi congiunti tra PdC e PLS definendo una programmazione annuale degli obiettivi che si traducono anche in progetti, come prendere in carico bambini con una patologia cronica, partendo da una situazione in cui le due figure professionali vengono a lavorare insieme con delle gerarchie funzionali rispetto al progetto, a una responsabilità di progetto che può essere o del PdC o del PLS a seconda dei contesti;

allora, se per me molta strada è stata fatta per l'organizzazione del medico di medicina generale, non altrettanta strada è stata fatta per dare un ruolo o una responsabilità di tipo organizzativo ai PLS che a parte in alcune situazioni di persone illuminate, motivate o sindacalizzate, rimangono all'interno di un mondo che non è fuori dal loro ambulatorio.

Deve avvenire un passaggio culturale - afferma un direttore - ma il problema è

quali sono gli elementi da mettere in campo per favorire un passaggio culturale dove ci sia un orientamento specifico verso una direzione?

Viene percepito all'interno del *focus* che il problema non è solo organizzativo, ma l'UPD nasconde in sé un bisogno che va oltre, che richiede capacità più ampie e più profonde, che necessita il coinvolgimento di molte più figure.

Sono emerse alcune idee rispetto ai compiti della PdC:

i pediatri di comunità dovrebbero seguire le cronicità, i bambini in stato di disagio lasciando alcune delle vecchie funzioni per non rischiare di rimanere attaccati a un ruolo dove prevale la meccanicità della vaccinazione.

Si ritiene che le figure professionali della PdC debbano

avere spazio e tempo per occuparsi delle funzioni più qualificanti quali appunto le cronicità.

Qualcuno si sbilancia proponendo di trasferire l'attività vaccinale ai PLS,

per non creare dei doppioni;

qualcuno ritiene che l'organizzazione delle vaccinazioni sia talmente complessa da rendere difficile questa operazione;

non sarebbe più opportuno affidarle alle assistenti sanitarie visitatrici?

propone un dirigente sottolineando però un problema più generale di risorse nell'area infermieristica e tecnica.

La Pediatria di comunità

In *Premessa* abbiamo specificato che la ricerca è stata interpretata come un viaggio all'esplorazione di sguardi. Testimone di questo processo è stato il gruppo di pilotaggio che ha svolto funzione anche di sperimentatore degli strumenti di indagine. Questo lavorare *in process* ha a volte prodotto difficoltà tecniche come nel caso del *focus* rivolto appunto al gruppo dei pediatri di comunità, che purtroppo ha sofferto di una registrazione audio poco comprensibile, pertanto i materiali utilizzati sono scarsi e non permettono, come invece si sarebbe voluto, una trattazione più estesa.

L'UPD è stata vista come un'organizzazione di professionisti, di cui i pediatri di comunità e i pediatri di libera scelta sono i protagonisti principali, per condividere strategie con i vari attori che lavorano sulle problematiche infantili. La centralità del bambino, concetto ribadito con forza dal gruppo, richiede che tutte le figure professionali ritrovino nell'UPD un punto di riferimento di tipo strategico e culturale. L'UPD deve quindi essere un "collante" in funzione di una politica sanitaria per l'infanzia e non solo per l'organizzazione. Bisogna ricreare i rapporti con le famiglie, con la scuola, con le varie istituzioni educative, e costruire percorsi di integrazione chiari e definiti, dato che quelli di tipo più spontaneo, costruiti sulla base della vicinanza con altri settori, sono sfumati.

L'UPD viene vista come un insieme di relazioni da mettere a disposizione dell'infanzia per favorire la costruzione di un nuovo senso di appartenenza. In questo modo viene interpretata come una visione nuova della Pediatria di comunità.

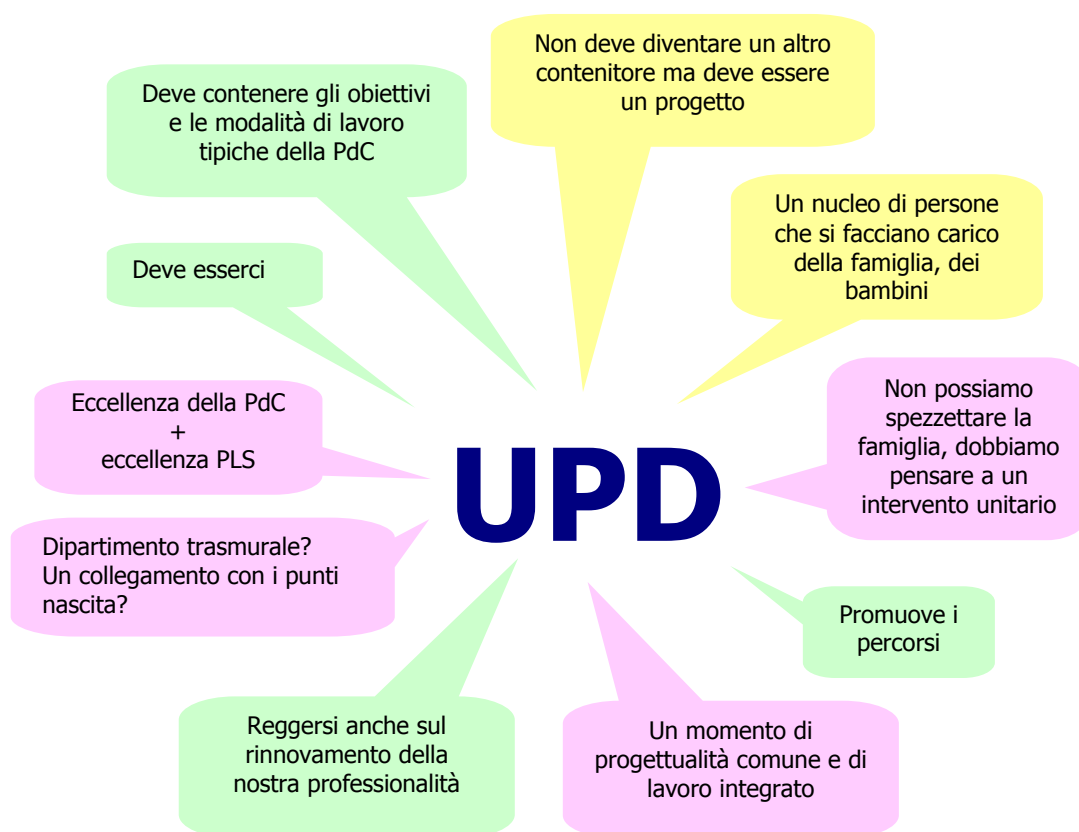
Una delle attività principali viene riconosciuta nella lettura dei bisogni, nell'essere un sensore e occuparsi del contesto più generale per poi costruire progetti che devono essere calati nei Nuclei di cure primarie consentendo una trasversalità necessaria per alcune caratteristiche dell'infanzia.

Il rapporto tra UPD e NCP ha riscontrato anche in questo contesto elementi di contraddittorietà, di non chiara definizione.

All'interno dell'UPD si debbono definire le relazioni tra pediatria di comunità e pediatria di libera scelta per un reciproco riconoscimento e una reciproca valorizzazione.

Assistenti sanitarie

Per dare uno sguardo d'insieme sono state messe attorno alla parola UPD le principali definizioni e caratteristiche che vengono assegnate dagli intervistati.



È interessante notare come il gruppo delle assistenti sanitarie alla domanda "Che cosa è l'UPD e quali caratteristiche deve avere?", abbia risposto in primo luogo enunciando un bisogno, cioè

è importante che ci sia un nucleo e che continui a essere propositivo,

affinché il cambiamento possa portare a innovazioni positive e non a una perdita di significato importante e irrinunciabile.

Non posso, non riesco a pensare che questo servizio venga smembrato, per la valenza culturale che ha avuto, che deve continuare ad avere.

La Pediatria di comunità ha rivestito un ruolo importante all'interno della costruzione di una politica sanitaria per l'infanzia fin dai tempi dei Consorzi socio-sanitari (anni 1975-1980) e le assistenti sanitarie ne sono state sicuramente protagoniste. La pediatria di comunità ha tuttora un ruolo importante nel riconoscimento di nuovi bisogni emergenti - dai cronici agli immigrati - e nella costruzione di progetti di intervento, e le assistenti sanitarie ne sono ancora una volta protagoniste.

L'attaccamento alla storia non permette a volte di vedere che possono essere separate le forme organizzative dai contenuti e dalle finalità:

non riuscirei a immaginare una UPD senza una PdC.

Un altro sentimento che traspare di fronte al cambiamento è la difficoltà a capire il senso di ciò che accade:

faccio fatica a dare una definizione di UPD perché attualmente mi chiamo così e faccio queste cose: è iniziata una collaborazione col pediatra di base per alcune cose. Nel percorso nascita collaboriamo rispetto ai disagi di altri bambini ...

Nel momento poi in cui si comincia a entrare nel merito, l'UPD è definita come due eccellenze che devono essere integrate:

la pediatria di comunità ha delle eccellenze che a mio avviso devono essere integrate con le eccellenze della pediatria di base.

Altre assistenti sanitarie allargano il campo e pensano all'UPD come a un'organizzazione che sia composta da un insieme di professionisti che si occupano dei bambini e che abbia come caratteristica la vicinanza alle famiglie.

Un'organizzazione, all'interno della quale debbano confluire diverse figure professionali però vicina al cittadino, vicina soprattutto alla famiglie, nuclei all'interno dei quali ci siano vari professionisti, quelli sicuramente attuali, con sicuramente i PLS con una più forte e significativa integrazione, perché non c'è attualmente uno scambio costruttivo. Ecco, se io appunto penso all'UPD distrettuale, penso a un nucleo di persone che si facciano carico della famiglia dei bambini.

È quell'unità operativa nella quale vanno coinvolti tutti gli operatori che si occupano di pediatria, cioè della cura del bambino.

L'UPD diventa la forma organizzativa per rispondere a un profondo bisogno di confronto, ma sempre in modo integrato tra varie professionalità e servizi che si occupano del bambino:

secondo me dei momenti di confronto coi pediatri di base e gli altri operatori ... quindi bisogna fare dei gruppi nuovi, dei momenti di gruppo, parlare dei singoli casi, con presenti anche gli altri servizi, la neuropsichiatria infantile, e le assistenti sociali.

È quindi un problema non indifferente quello di affrontare i bambini e le loro famiglie nella complessità delle patologie, dei bisogni e delle richieste:

e ci sono tutta una serie di bisogni nell'infanzia che non sono assolutamente indagati, che non sono presidiati da nessuno. Sto pensando al maltrattamento, cosa stiamo facendo per il maltrattamento? Ma bastano i progetti che abbiamo? Allora io dico che i bisogni del nostro target sono quelli già identificati, ma ce ne sono tanti altri sui quali lavorare e indagare con altri attori che sono sicuramente gli altri servizi.

Ma la complessità dei bisogni non deve portare a dividere i servizi:

c'è stato uno spezzettamento dei percorsi tale per cui ognuno fa il suo pezzettino, c'è un taylorismo credo che non ha visto precedenti per chi, come noi, è in sanità da diversi anni. Tanto che oggi ci troviamo qui per inventare il coordinamento dei percorsi, perché ognuno fa il suo pezzettino e c'è bisogno di uno che mette insieme tutti questi pezzettini,

perché la famiglia e il bambino sono un'entità unica che non va divisa;

non possiamo spezzettare la famiglia. Quindi dobbiamo pensare a un intervento unitario seppur specifico.

Tra gli operatori coinvolti appare qui per la prima volta il punto nascita:

io vedo questa UPD come un organismo che è costituito inevitabilmente dalla PdC dalla PLS ma non solo ci vedo anche un collegamento proprio con i punti nascita perché c'è un percorso assistenziale che parte altrove.

Fa capolino anche

la proposta di fare un dipartimento transmurale, dipartimento ospedale e territorio, su cui c'era contrarietà perché si pensava che l'ospedale potesse fagocitare, ma che oggi viene ritenuta un'idea pensabile e forse come una delle sfide del futuro;

forse ci vorrebbe qualcosa che ha a che fare solo col bambino; per noi l'ospedale, la pediatria e l'ostetricia sono là, e noi siamo qua. Forse manca qualcosa che unisce tutti.

L'UPD deve poi avere una finalità di tipo progettuale e si ribadisce deve essere organizzata probabilmente per obiettivi.

Io la vedo come un momento di progettualità comune e organizzata per determinati argomenti, per determinate funzioni, per determinati obiettivi. È chiaro che se dobbiamo trattare un bambino con il diabete interverranno determinati operatori, se devo trattare un bambino con la paralisi cerebrale infantile, entreranno altri. Poi ci saranno degli operatori magari che invece serviranno perché hanno una funzione di raccordo, di sostegno a tutta la famiglia, cioè la vedo come ... sì, una riunione, un'équipe degli anni settanta però con una prospettiva.

L'UPD, per essere costruita, ha bisogno che si cominci a lavorare insieme in modo integrato, sviluppando una conoscenza reciproca e costruendo dei percorsi definendo protocolli a partire da una formazione magari per ambiti di intervento.

Sono alcune delle idee che le assistenti sanitarie, in modo operativo, hanno portato nel focus.

Viene evidenziato anche un elemento di non secondaria importanza, già emerso nelle rappresentazioni dell'UPD e del pasto che è quella di un luogo fisico che, mancando, non permette quella vicinanza quotidiana da cui più facilmente può scaturire una conoscenza reciproca e uno scambio di opinioni:

il fatto di essere tutti insieme nella stessa sede comunque favorisce l'integrazione.

È necessario

non fare le cose doppie

come purtroppo a volte succede, ma invece

lavorare sulla stessa fascia di età, ognuno con i propri compiti ben definiti;

però con un lavoro integrato, cioè che coinvolga tutti gli operatori.

Successivamente, alcune assistenti sanitarie tentano la suddivisione dei compiti che possono essere assolti dalla pediatria di comunità e dalla pediatria di libera scelta:

chiaramente la PdC potrebbe continuare a occuparsi soprattutto della collettività, mentre la pediatria di libera scelta si occupa del singolo;

la PdC può continuare il suo andazzo, nel senso di continuare a fare le sue vaccinazioni, la sorveglianza delle malattie infettive nelle scuole e interventi di educazione sanitaria in base ai bisogni che si individuano nel territorio, e i PLS invece potrebbero avere una funzione fondamentale per quanto riguarda il protocollo del bambino con malattie croniche.

Nell'UPD non deve succedere

che uno fa il controllore e l'altro l'esecutore, che uno viene e giudica l'altro, ma uno si avvale dell'altro per dare delle risposte, comuni, per cercare una risposta,

ribadendo in questo modo la necessità che non esistano gerarchie, ma solo responsabilità su casi, obiettivi.

L'UPD poi

scongiuriamo che non diventi un altro contenitore. Io sono assolutamente d'accordo sul fatto che UPD debba essere un progetto. Deve essere qualcosa che promuove i percorsi, perché i percorsi non si fanno per combinazione o per caso.

Si ritiene poi che l'UPD - con la presenza importante del PLS - possa portare dei miglioramenti nel rapporto con i genitori.

Conoscevamo molto bene la famiglia, adesso forse l'abbiamo un po' persa ... Forse invece l'interazione col PLS che conosce di più la famiglia, che ha una relazione diversa con la famiglia e noi, permette di farci conoscere meglio a loro e a loro di conoscerci meglio. Quindi di non avere quel distacco che c'è ... Quindi ben venga il pediatra di base, questa relazione io la vedo positiva.

Viene poi discussa l'assunzione di responsabilità dei casi, problematica importante per il ruolo delle ASV:

la progettualità dovrebbe poi portare anche all'identificazione di un responsabile del caso, quindi la presa in carico effettiva e quindi la persona che si fa carico del percorso clinico. All'interno del nucleo - sulla base delle varie problematiche

emerse - si dovrebbe definire chi si prende cura di chi, con l'identificazione alla fine di un responsabile del caso clinico, che per altri aspetti (non strettamente medici) non deve necessariamente essere il pediatra.

Il gruppo delle ASV prosegue interrogandosi sul significato che ha per la loro professione la presa in carico

per farsi carico si intende fare anche assistenza o si intende farsi carico in termini di coordinamento del lavoro?

Ad esempio in un percorso che stiamo facendo sul bambino Down, abbiamo individuato proprio l'assistente sanitaria che dovrebbe occuparsi del percorso, collegare le figure professionali. Deve mettere in relazione durante il percorso i pediatri dell'ospedale, il PLS, e altri operatori che man mano devono intervenire, e quindi è responsabile che il percorso venga completato.

Dell'assistenza a domicilio in alcune realtà provvede la medicina di base con il proprio personale infermieristico, in altre dichiarano di non avere la preparazione adeguata per l'approccio alla famiglia e quindi mandano la PdC, in quanto PdC appunto.

Invece per quanto riguarda l'assistenza a domicilio, noi pensiamo la debba fare l'ADI proprio perché ha personale formato.

L'infermiera serve molto secondo me in questo gruppo, in questa UPD. La nostra attività è soprattutto legata alla nostra sede, le sedi istituzionali che sono magari la scuola, l'ambulatorio delle vaccinazioni, noi a casa andiamo poco per servizi sanitari, andiamo comunque a rilevare un bisogno ma poi non siamo forse in grado di dargli delle risposte reali.

Ma allora

è il caso di potenziare la PdC rispetto a ciò e quindi perché non inserire anche altre figure, perché il bambino cronico ha sempre bisogno dell'integrazione di più figure professionali anche a domicilio. Quindi questo direi che è un punto su cui riflettere e fare delle proposte.

Da esperienze svolte in alcune Aziende viene poi la considerazione che per quanto riguarda i pediatri di libera scelta, nella loro condizione ed esperienza di liberi professionisti,

è molto difficile secondo me farli entrare in un contesto di operazioni integrate,

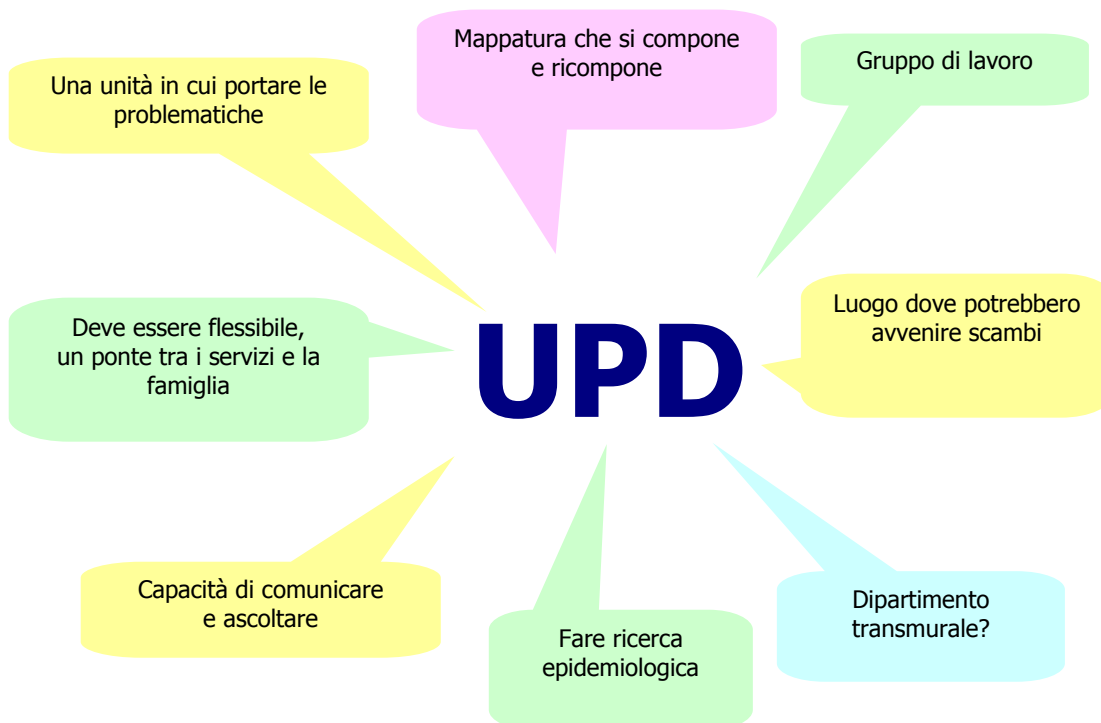
ed è quindi necessaria

una sensibilizzazione maggiore da parte di un coordinatore, di un direttore generale che comunque coinvolge i PLS.

È interessante notare che tutte le definizioni che vengono date contengano concetti organizzativi diversi, usati quasi come sinonimi: unità operativa, organizzazione, nucleo, insieme di operatori, riunione. Ciò descrive la confusione che c'è al riguardo quando si parla dell'UPD. Ma quale forma organizzativa può avere l'UPD? La più condivisa sembra essere la funzione di UPD di progetto.

Attori della rete

Per dare uno sguardo d'insieme sono state messe attorno alla parola UPD le principali definizioni e caratteristiche che vengono assegnate dagli intervistati.



Tra gli attori emerge una domanda:

qual è il ruolo del Distretto rispetto alla sanità?

Con questa domanda si tenta di dividere due funzioni all'interno dell'UPD, quella di cura, assistenza diretta del bambino e quella di governo:

la gestione del bambino nel distretto ha significati, valori, priorità totalmente diversi e quindi deve avere funzioni diverse.

In questa accezione, l'UPD

può essere una sequenza di funzioni che sono ancora una volta in sequenza ordinata e che devono avere ognuna di per sé una loro identità ma soprattutto un orientamento.

La funzione principale assegnata è quella di indirizzo, valutazione dei risultati anche in termini costi-benefici.

Allora l'UPD deve capire dove mettere le risorse, come orientare il percorso del cittadino verso punti dove la risposta è alta, qualificata ma economica,

in modo da permettere ai professionisti che lavorano direttamente sul bambino di svolgere appieno le proprie competenze.

Noi dobbiamo sapere qual è l'obiettivo che dobbiamo raggiungere, la salute del bambino, poi attorno ci mettiamo le nostre competenze, ma se non sappiamo far funzionare una organizzazione ...

L'UPD deve quindi essere

formata da pediatri che hanno acquisito un percorso ben orientato sul proprio compito;

e chi dirige tale organizzazione non deve quindi essere

un bravo pediatra perché conosce tutte le patologie, ma un bravo pediatra che conosce quali sono la gradualità delle risposte da dare, cioè come utilizzazione delle risorse ...

L'idea pertanto in questa particolare accezione è quella di un centro con una forte direzione in termini strategici e organizzativi che governa però una rete articolata di servizi per la salute dell'infanzia.

Emerge così anche tra gli attori della rete il bisogno espresso sia dai dirigenti che dai Direttori di Dipartimento di "una testa pensante" che costruisca le basi.

Continuando nell'accezione di Unità pediatrica di Distretto come unità di governo, un intervistato si chiede se

inserire o no i medici di libera scelta nel Distretto? Nel senso che sono due figure professionali, quella di Distretto (PdC), che ha una funzione igienica, organizzativa ed economica, un po' diversa rispetto a quella del professionista che è orientato al paziente (PLS). Come posso ragionare come dirigente economico di fronte a un cittadino che ha bisogno di una risposta di salute? E allora mettere nelle UPD che sono una struttura organizzativa della sanità, il professionista che sta dalla parte del cittadino, lo vedo collocato in una posizione difficile. Ecco, io non lo metterei nella stanza dei bottoni, proprio per quella posizione.

In tal senso quindi si prospettano proprio due funzioni tra loro integrate, ma sostanzialmente divise nelle professionalità e nelle competenze. Si ritrova anche in un'altra intervista un'identica visione relativa a due funzioni:

ci vedo più un ruolo di coordinamento, di supervisione da parte del PLS, quello che sicuramente per il tipo di rapporto che ha con la famiglia ha più possibilità di avere tutta una serie di conoscenze che altre figure professionali faticano ad avere. Ci vedo sempre un po' questa centralità, la vedo così come il pediatra che coordina.

Se parliamo di Distretto bisogna trovare qualcuno con delle capacità organizzative e manageriali che sia di stimolo in una UPD, ci vedrei anche le attività formative, però che diano dei risultati che non ci sono forse perché manca questo senso di unità e di appartenenza.

Sono diverse interpretazioni? Sono i due livelli che vengono espressi nel Piano regionale dell'UPD e dei Nuclei? Appare evidente che comunque non esiste una visione chiara e condivisa.

È anche possibile che gli attori della rete non siano molto addentro alle problematiche relative alla costituzione dell'UPD in quanto la discussione in merito non è stata fino ad ora molto partecipata e condivisa.

In un'altra intervista si riprende poi il concetto di Unità pediatrica nel senso di

luogo dove potrebbero avvenire scambi. Io la vedrei proprio come un'unità in cui ognuno porta le problematiche, che possono essere problematiche del singolo o della comunità, io posso avere un problema relativo a un singolo che da solo non posso risolvere, posso discuterne in questa unità perché ci possono essere competenze diverse.

Un'altra impostazione prende spunto dal nome "unità" che è un analogo di servizio:

tenderei a non utilizzare l'idea dell'unità perché si sovrappone alle unità operative, così come sono intese nella strutturazione della sanità.

Per l'intervistato, infatti, l'UPD è

una mappatura che si compone e ricompon

e quindi assimilabile più a un

gruppo di lavoro. Perché intendo "gruppo"? Perché secondo me l'unità operativa in qualche misura prevede una stabilità più forte, [l'UPD] io la vedrei come una unità leggera, un gruppo vuol dire che si può aggiungere e togliere aggettivi. "Di lavoro" perché accentuerei di più la questione del lavoro, un punto che collegherebbe di più i pediatri di libera scelta.

Di parere analogo altri intervistati:

non me la immagino come una neonatologia [esempio di un servizio gerarchico, con un capo che definisce le caratteristiche in base alle sue preferenze personali e professionali]. Le connessioni si creano se non ci sono elementi gerarchici;

la sua funzione dovrebbe essere poco istituzionale, non dovrebbe configurarsi come ulteriore servizio, più che altro si dovrebbe puntare su una buona comunicazione più che sui servizi che offre al cittadino;

come definizione è meglio area pediatrica, da più l'idea delle varie funzioni;

unità è un po' un termine restrittivo anche se centrano tutte le figure che si occupano del bambino;

che non diventi però uno strumento in cui per ogni cosa che avviene si organizzano riunioni su riunioni, non deve diventare una struttura faraonica ma una struttura snella in cui ci sono problemi ben definiti da discutere.

Una caratteristica che vari intervistati sottolineano è la flessibilità

- deve essere flessibile e soprattutto deve tenersi pronta, agile e flessibile, è un ponte tra i servizi di Distretto e la famiglia in cui si mantengono i rapporti con il servizio sociale e i servizi specialistici -

e la capacità di comunicare:

l'UPD deve essere di facile accessibilità, comunicativa, luogo che dovrebbe garantire appunto la comunicazione tra PdC e PLS;

deve individuare dei percorsi facili di comunicazione, integrazione e supporto con le figure che fanno parte di quest'unica area, cosa che adesso per tanti aspetti manca; non è sempre facile comunicare.

Varie figure di tipo professionale potrebbero arricchire l'UPD: psicologo, educatore e altri ancora, ma si sottolinea anche che il pediatra di libera scelta è quello che vede tutti i bambini. Una funzione quindi basilare di valutazione dei singoli casi su tutti gli aspetti non solo sanitari, ma anche psicologici e sociali, dovrebbe essere garantita dai pediatri di libera scelta, che dovrebbero avere capacità di lettura più adeguate per andare a individuare il bisogno.

Ritorna poi anche qui l'idea del luogo. Infatti, un luogo dove si possano incontrare nella quotidianità gli operatori che lavorano a vari livelli con l'infanzia faciliterebbe quella comunicazione più fluida che permette di condividere maggiormente gli strumenti, le criticità e i risultati del proprio lavoro.

Gli attori della rete elencano una serie di funzioni che dovrebbero essere svolte dalla Pediatria di comunità all'interno dell'UPD:

dovrebbe fare ricerca epidemiologica ed essere in grado di esplicitare i bisogni e quindi indirizzare sia la PLS che l'ospedale;

io credo che la PdC dovrebbe essere quella che ascolta, coglie i bisogni del PLS e in parte di quello ospedaliero e l'aiuta a costruire i percorsi essenziali;

elaborazioni di progetti sia di intervento che di formazione;

dovrebbe garantire anche un buon controllo del territorio e ad esempio sapere cosa succede in una determinata scuola, in modo che ci possiamo tutti saper regolare.

Viene nuovamente sottolineato che la Pediatria di comunità deve perdere

alcune delle vecchie funzioni per dedicarsi a quelle nuove lasciandole ai PLS; non la vedo come centro vaccinale, né come quella che fa gli screening, lo screening lo fa il pediatra e la PdC va a interpretare, a leggere i risultati.

Anche all'interno di questo gruppo di soggetti emerge l'idea di un dipartimento transmurale che comprenda al proprio interno anche la pediatria ospedaliera per trovare una modalità che aiuti a superare la scarsa comunicazione con l'ospedale:

c'è una grossa difficoltà di comunicazione con la pediatria ospedaliera e su questo credo si debba lavorare tanto;

io vedo dentro all'UPD anche la pediatria ospedaliera perché ancora una volta sarebbe un'unità monca, sarebbe ancora più difficile colloquiare. L'ospedale deve svilupparsi in funzione dei bisogni della pediatria di base, non può non conoscere quali sono i bisogni. I percorsi devono essere condivisi dentro e fuori, non è che si possa decidere di curare un bambino in un modo e poi fuori in un altro, assolutamente non si può, mettiamoci dentro tutti.

I servizi integrati e le idee per il futuro

Domande intervista

8. Per arrivare a un servizio integrato di salute dell'infanzia mi può definire come impiegherebbe le *fiches* a Sua disposizione.

In queste scatolette abbiamo delle *fiches* di diverso valore (10, 20, 50, 100) e con un diverso significato:

le *fiches* bianche riguardano le strutture, spazi, attrezzature

le *fiches* rosse riguardano le risorse economiche, personale

le *fiches* verdi riguardano le mentalità, cultura del servizio, modo di pensare degli operatori

le *fiches* blu riguardano i sostegni: formazione, costruzione di reti, appoggi della dirigenza

Avete a disposizione anche queste carte che rappresentano servizi implicati nella salute dell'infanzia: pediatri di libera scelta, pediatri di comunità, pediatria ospedaliera, servizi psico-sociali, servizi specialistici.

Avete anche a disposizione dei cartoncini vuoti in cui potete scrivere dei servizi che noi non abbiamo inserito.

9. Prendendo in considerazione quello che risulta da questa attività come si potrebbe intervenire, modificando cosa, in quale contesto in particolare e influenzando su quali ambiti?

10. Lei pensa di poter fare qualcosa?

Premessa

Questa domanda composta in tre parti esce dall'ambito metaforico per farsi più razionale; la richiesta all'intervistato è quella di assumere decisioni concretizzando le proprie idee. A volte la domanda è stata vissuta con una certa difficoltà in quanto ci si è sentiti chiamati a un compito insolito, normalmente non richiesto, ma su cui molto spesso si danno interpretazioni e giudizi:

io in genere non sono dalla parte dei bottoni, cioè di chi decide, ma dalla parte di chi trova sempre i difetti nelle scelte altrui. E adesso come faccio a scegliere?!

ci ha detto un intervistato.

Il quesito posto ha riportato i soggetti al tema della complessità dei bisogni dell'infanzia e all'integrazione necessaria tra i servizi.

Rispetto alla prima domanda gli elementi che emergono non sono sempre generalizzabili perché le risposte hanno risentito della realtà strutturale e organizzativa locale e contingente degli intervistati, alla quale facevano chiaramente riferimento mentre distribuivano le risorse (*fiches*).

Si è notata anche una certa difformità e a volte confusione nel riconoscimento dei servizi indicati. Infatti, se sulla pediatria di libera scelta, pediatria ospedaliera e per alcuni versi la pediatria di comunità non ci sono stati problemi di comprensione, per gli altri servizi

sono emerse alcune domande come: che cosa si intende per servizi psico-sociali? Dove è collocata la neuropsichiatria infantile? È un servizio specialistico o territoriale? E gli psicologi dove sono situati? I servizi sociali sono quelli dell'Azienda o sono quelli dei Comuni?

Procedendo nelle interviste, ci si è resi conto della difficoltà a convergere verso una visione omogenea di questi servizi. Le rappresentazioni si diversificavano a seconda della storia professionale degli intervistati, della collocazione istituzionale degli stessi, e ovviamente anche del contesto aziendale di appartenenza. Ascoltando con attenzione le registrazioni delle interviste, ci si rende conto delle ambiguità nel linguaggio che viene usato, che denota confusioni e non chiarezze come ad esempio nell'uso del termine servizio territoriale che viene utilizzato spesso ma con sfumature diverse. Questo, cosa può voler dire? Sicuramente che non c'è una rappresentazione netta né univoca dei servizi, e questo influenza e forse crea confusione nell'individuazione di proposte, risorse e competenze da mettere in atto.

Le domande 9 e 10, la cui lettura è integrata con la precedente, si riferivano alle idee possibili, alle strategie da mettere in atto, e richiedevano il concreto coinvolgimento del soggetto intervistato nel processo di cambiamento ritenuto necessario.

Dirigenti

	PLS	PdC	Ped. osp.	Servizi psico-soc.	Servizi spec.	Spazio giovani	Serv. sociali *	Una riserva **	Non assegnati ***	Totale
risorse	60	220	50	470	50	100	10	10	290	1.260
strutture	270	180	50	190	170	20	10	70	300	1.260
mentalità	420	520	160	100	60					1.260
sostegni	550	230	140	220	100				20	1.260
<i>totale</i>	<i>1.300</i>	<i>1.150</i>	<i>400</i>	<i>980</i>	<i>380</i>	<i>120</i>	<i>20</i>	<i>80</i>	<i>610</i>	<i>5.040</i>

Legenda

* servizi sociali dei Comuni.

** un intervistato ha espresso la necessità di tenere un piccolo gruzzolo di riserva.

*** valori delle *fiches* non assegnate.

L'area pediatrica nel suo insieme

è un contesto un po' difficile da smuovere perché è forse, insieme ai consultori, lo strato che ha maggior bisogno di cambiamento ma che dimostra più resistenze,

dice un intervistato e questo sentimento lo si percepisce un po' in tutte le interviste.

Si mescolano vari tipi di preoccupazioni che si intrecciano tra loro, dal problema della salute dell'infanzia complessivamente intesa, con tutte le suggestioni prodotte dalle metafore, a quello della presenza e organizzazione dei servizi che intervengono direttamente o indirettamente sull'infanzia.

In particolare, si parla della pediatria di comunità, che deve ridefinirsi partendo da un nuovo quadro di riferimento, ma anche dei pediatri di libera scelta, un insieme di professionisti che ancora non si sente parte del Servizio sanitario regionale, che ha al suo interno problemi di varia e complessa natura, da quelli normativo-contrattuali a quelli formativi; si parla anche dei reparti ospedalieri di pediatria, che necessitano di rivedere la loro funzione alla luce dell'intervento più puntuale della pediatria di libera scelta.

Emerge poi il problema della neuropsichiatria infantile, che ha modificato il proprio assetto organizzativo, dei servizi sociali in parte nelle Aziende sanitarie e in parte nei Comuni, delle istituzioni educative, insomma di tutti quei servizi che dovrebbero garantire una rete ma che si muovono con linguaggi e modalità di intervento diverse e non coordinate.

Si prospetta la necessità di un cambiamento profondo e radicale e non solo di innovazione.⁹

Il cambiamento richiama resistenze e al tempo stesso sottolinea la necessità di mobilitare energie positive e motivazioni. Richiama anche la difficoltà a immaginarlo, a pensarlo in termini operativi perché il vero cambiamento va "inventato", va costruito "navigando a vista all'interno dell'incertezza".

Se quindi il problema da cui si parte è l'infanzia, la sua salute, i servizi che se ne occupano, in un contesto che cambia, uno dei punti cardine su cui agire è quello della mentalità.

Un ripensamento complessivo della filosofia di fondo dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza è ritenuto da tutti il passaggio fondamentale senza il quale non è possibile costruire qualcosa di innovativo. La difficoltà maggiore però è quella del sostegno che bisogna fornire al cambiamento di mentalità, perché si prevede un processo lungo e complesso, sia da un punto di vista organizzativo che da un punto di vista relazionale, professionale e personale:

il problema non è tanto declinare gli obiettivi, quanto riuscire a fare camminare sulle gambe delle persone le azioni necessarie al loro raggiungimento.

Le risorse che sono state maggiormente apprezzate dagli intervistati sono state quelle relative alla mentalità e ai sostegni:

bisogna che imparino a parlarsi sui temi che riguardano la salute dei bambini;

io devo aiutare a ragionare in modo integrato: questa cultura non nasce da sé per cui devo agire attraverso la formazione, sulla costruzione di reti, giocando con tutti gli appoggi possibili della dirigenza.

⁹ Si fa riferimento ai concetti di cambiamento e innovazione espressi da Watzlawick *et al.* (1974) per il primo, e da Shon (1967), Rogers, Shoemaker (1971), Fabbri (1990) per il secondo.

Guardando a come sono state distribuite le risorse dai dirigenti, si nota immediatamente il forte investimento sulla pediatria di comunità e pediatria di libera scelta per quanto riguarda la mentalità e i sostegni, perché per costruire l'UPD

la pediatria di comunità e la pediatria di libera scelta sono i due elementi cardine, su cui bisogna incidere;

ciò che serve è soprattutto una testa e una volontà nuova, la mentalità e i sostegni di tipo formativo vanno di pari passo e sono verso la PdC e la PLS;

ma è necessario anche costruire un percorso su cui trainare anche la pediatria ospedaliera.

Molto poi è stato assegnato in termini di mentalità alla pediatria di comunità perché

tutti devono cambiare mentalità però se la PdC deve essere il motore, deve assumere questa cultura di servizio assumendo la consapevolezza di questa funzione di traino.

Anche i sostegni sono stati assegnati prevalentemente alla pediatria di comunità e alla pediatria di libera scelta, ma in termini rovesciati rispetto alla mentalità, perché si ritiene che la Pediatria di comunità, essendo più vicino alla dirigenza del Distretto, goda di maggiori possibilità ad acquisire sostegni: "la vicinanza con il padrone di casa" (Aziende sanitarie), riprendendo la metafora raccontata da un intervistato.

La pediatria di libera scelta ha avuto più sostegni perché si reputa che i professionisti si vivano

come imprenditori di sé stessi, collegati agli altri solo in casi eccezionali.

Il concetto di rete, di lavoro in rete con gli altri, è ritenuto per i pediatri di libera scelta ancora una conquista da fare.

Di risorse strutturali non se ne sente un bisogno particolare per la pediatria di comunità, e per la pediatria di libera scelta "le risorse ci sono". Qualcuno ha ritenuto utile assegnare risorse strutturali, cioè spazi e attrezzature, alla pediatria di comunità perché

ridimensionando progressivamente nel tempo le loro competenze possono lamentare qualche carenza,

e alla pediatria di libera scelta perché bisogna puntare sulla costruzione di luoghi e di dotazioni tecnologiche orientate allo sviluppo di una rete:

la PLS si è orientata a sviluppare una propria dotazione strutturale e tecnologica poco orientata a essere utilizzata come supporto al lavoro di rete.

Per quanto riguarda le risorse economiche, non tutte sono state distribuite perché

le risorse economiche e di personale non hanno mai risolto i problemi,

e soprattutto il tipo di problemi che vengono percepiti come prioritari in questa area. Qualcuno ha cercato di barattarle con aggiunte di mentalità e sostegni con l'intervistatrice!

Qualche risorsa di personale ed economica è stata assegnata alla pediatria di comunità perché ritenuta deprivata in questi anni, ma soprattutto sono state orientate sui servizi psico-sociali perché considerati l'ambito a cui accedono nuovi bisogni e problematiche complesse.

Complessivamente la pediatria di libera scelta ha avuto più risorse (1.300) rispetto alla pediatria di comunità (1.150); sembra quindi di cogliere l'idea che le prospettive di sviluppo si giochino prevalentemente sulla pediatria di libera scelta, chiedendo alla pediatria di comunità un coinvolgimento che garantisca il trasferimento di valori, di competenze e quell'approccio globale al bambino che appare ancora carente nella pediatria di libera scelta. La pediatria di comunità sembra debba avere una mentalità più aperta per accompagnare nella crescita la pediatria di libera scelta, e quest'ultima viene aiutata con grandi sostegni dalla dirigenza (550 alla pediatria di libera scelta contro 230 alla pediatria di comunità).

Per quanto riguarda l'ospedale, vengono assegnate un po' di mentalità (3° nella graduatoria), un po' di sostegni (4° posto), un po' di risorse e un po' di strutture, ma in termini molto contenuti.

La pediatria ospedaliera ha bisogno di crescere ma i bisogni di cambiamento toccano aspetti poco rilevanti rispetto a quelli che riguardano i PLS e la PdC.

L'ospedale è stato ritenuto

sovradimensionato in termini di dotazioni strutturali e tecnologiche;

necessita però di

alcune attenzioni in termini di qualità rispetto alle strutture (reparti, servizi) che più coinvolgono i bambini e le famiglie.

I servizi psico-sociali sono stati da tutti messi al primo posto per quanto riguarda l'assegnazione delle risorse, a tutti i livelli, compreso quelle strutturali e i sostegni, perché ritenute oltremodo carenti dato il crescere esasperato di bisogni di tipo sociale, mentre non sono ritenute rilevanti risorse come la mentalità, perché si pensa che in questi servizi siano da sempre curate.

Viene poi inserita una nuova area - lo spazio giovani - a indicare la necessità di non occuparsi solamente di bambini ma anche di adolescenti, incrementando il supporto psicologico e psico-sociale in generale per favorire l'accesso attivo ai servizi da parte di questo *target* di popolazione.

Interessante è l'idea della riserva, come è stata definita da un intervistato, un luogo di nessuno ma per tutti. Ritorna probabilmente l'idea di qualcosa che unisce ma che non appartiene a nessuno, che ha l'unico scopo di generare idee e progetti.

Le indicazioni ovviamente sono in buona parte conseguenti ai ragionamenti precedentemente fatti, ma sono anche sguardi con logiche e modalità dirigenziali diverse, probabilmente anche date dai ruoli differenti degli intervistati.

In sintesi.

- Bisogna lavorare sulla cultura dei servizi e degli operatori, puntando molto sull'integrazione, e su un'organizzazione a rete, tenendo conto che della rete non fanno parte solo i vari servizi pediatrici, ma anche il consultorio familiare, il centro di salute mentale, i servizi del Dipartimento delle cure primarie, ecc.
- La pediatria di comunità va sollecitata ad aprirsi alle attività collaborative con i pediatri di libera scelta e con il consultorio familiare per quanto riguarda il percorso nascita e la tematica della genitorialità nelle sue diverse espressioni, attraverso la definizione di obiettivi annuali costruiti e condivisi in maniera dialettica.
- Va spronata l'integrazione tra pediatria di comunità e pediatria di libera scelta, attraverso:
 - accordi nazionali e regionali con i pediatri di famiglia, che incentivino la pratica del lavoro in rete;
 - il sostegno alla costruzione di un'operatività integrata distrettuale.
- Vanno definite le priorità per l'area della pediatria più in generale, stabilendo gli obiettivi strategici di intervento e gli ambiti di lavoro. Vanno riviste quelle attività che la Pediatria di comunità si è portata dietro nel tempo e che possono essere superate o trasformate con nuove modalità organizzative. Ad esempio, per le vaccinazioni si potrebbero avviare sperimentazioni che vedano le assistenti sanitarie coinvolte in prima persona, oppure per quanto riguarda gli interventi di educazione alimentare vanno ripensate le forme integrate di intervento tra pediatria di comunità, pediatria di libera scelta e Servizi igiene degli alimenti. È necessario trovare nuove forme di rapporto con le istituzioni scolastiche rivedendo gli interventi d'obbligo nella scuola, e i modelli ormai superati della medicina scolastica. Vanno sviluppati gli interventi verso le fasce più deboli dell'infanzia organizzando l'assistenza ai bambini e alle loro famiglie; va soprattutto curata la gestione dell'assistenza ai bambini cronici.
- È necessario che la Pediatria di comunità passi da un ruolo di erogatore di prestazioni a un ruolo di facilitatore nei confronti degli operatori che lavorano nell'ambito dell'infanzia, promuovendo programmi e azioni.
- Bisogna compiere ogni sforzo perché i pediatri di comunità siano inseriti attivamente nel processo di costruzione dei Piani sociali di zona e dei Piani per la salute, garantendo una loro partecipazione ai gruppi di lavoro in modo da favorire da una parte un processo di crescita dei professionisti che si misurano così in un'ottica più generale di salute, e dall'altra per garantire la presenza di competenze specifiche sulla salute dell'infanzia.
- In un processo di cambiamento così complesso gli operatori vanno sostenuti nello sforzo che devono compiere, stando loro più vicini, discutendo e condividendo problemi e difficoltà,

facendoli sentire importanti, schiacciando la piramide.

- È necessario incrementare il supporto psicologico, passando da un approccio specialistico individuale a un approccio alla comunità e al sistema:

ritengo che gli psicologi non debbano stare solo con la neuropsichiatria infantile ma debbano sforzarsi a supportare i nuclei familiari, come sistema e non come clinici.

- Il bisogno di cambiamento della PdC non va visto staccato dal problema più generale dei servizi per l'infanzia:

il problema non è solo della pediatria di comunità ma è di tutto il sistema che gira attorno all'infanzia, che deve riuscire a fare comunità.

- Viene suggerita la programmazione di un percorso formativo con una durata significativa, un master, rivolto a un gruppo di dirigenti o pediatri, che aiuti a compiere un ripensamento globale e favorisca l'acquisizione di strumenti per promuovere e governare il cambiamento.
- Si ritengono utili sperimentazioni su alcuni progetti di prevenzione che mettano insieme il mondo sociale e quello sanitario e che siano guidate da persone del sociale, perché si pensa che questa modalità possa facilitare i professionisti della sanità a comprendere come si guida e come si sta dentro un programma di prevenzione:

qui può guidare anche il sociale perché secondo me è più giusto perché l'intervento è meno sanitario. Questo è il punto di snodo, spostare continuamente la responsabilità sul sociale altrimenti non serve.

- Partire da alcune problematiche croniche di *handicap* e/o clinica per sperimentare modelli di buon funzionamento delle relazioni tra servizi specialistici, ospedalieri, psico-sociali, ecc.
- Ci si interroga se sia utile ripensare anche ai dipartimenti trasversali, che potrebbero garantire unità di obiettivi e la messa in comune di saperi diversi e di pari dignità che coinvolgono pediatri di libera scelta e ospedalieri, servizi sociali, neuropsichiatria infantile, scuola, ecc.

Con questo ne abbiamo da fare per degli anni.

Non è proprio semplicissimo, i tempi sono lunghi.

È il commento finale di alcuni intervistati che rispecchiano in pieno la sensazione della maggior parte delle persone incontrate.

Direttori Dipartimenti cure primarie

	PLS	PdC	Ped. osp.	Servizi psico-soc.	Servizi spec.	Dip. CP	Non assegnati	Totale
risorse	380	610	210	650	80		50	1.980
strutture	500	470	440	430	130		10	1.980
mentalità	730	610	510	110	20			1.980
sostegni	570	830	260	260	40	20		1.980
<i>totale</i>	<i>2.180</i>	<i>2.520</i>	<i>1.420</i>	<i>1.450</i>	<i>270</i>	<i>20</i>	<i>60</i>	<i>7.920</i>

Dalla tabella riassuntiva emergono alcuni dati:

- la maggior parte delle risorse complessive sono state date alla pediatria di comunità e alla pediatria di libera scelta, a riconferma dell'importanza che rivestono all'interno dell'UPD questi due "pilastri", come sono stati definiti;
- riconoscimento della scarsità di risorse economiche e di personale nonché di strutture della pediatria di comunità, anche se vari commenti sottolineano la non necessità di un aumento in quell'ambito;
- la pediatria di comunità deve essere aiutata a svolgere il proprio ruolo investendo molto sulla mentalità, intesa come cambiamento nel pensare e nell'agire, ma anche attraverso sostegni per facilitare la costruzione di reti e ipotizzare percorsi;
- anche la pediatria di libera scelta sembra avere bisogno di mentalità per agevolare le forme associative tra pediatri, come pure la pediatria ospedaliera; quest'ultima ha bisogno anche di strutture per rendere più adeguati i locali di accoglienza e degenza;
- riconoscimento del bisogno di risorse per i servizi psico-sociali.

Alcune riflessioni e alcune domande

La pediatria di comunità è stata definita prevalentemente, all'interno della metafora del pasto, come un componente importante ma non principale, quell'elemento che garantisce la qualità, che dà spessore: il condimento, il ragù, l'acqua e il sale per cuocere la pasta. In questa domanda, invece, in cui si vanno ad assegnare risorse, viene riconosciuta come l'elemento prioritario. Perché?

È l'elemento che viene percepito come più in crisi nella situazione attuale e che bisogna risolvere? È l'elemento più vicino al Direttore e quindi quello che può maggiormente aiutarlo? È quello su cui è più facile agire perché comunque interno ai servizi, con una maggiore esperienza organizzativa e con una cultura più simile? È possibile quindi che la pediatria di comunità venga vista come l'elemento che, se coltivato adeguatamente, può rispondere alle mancanze percepite, cioè il direttore di sala, il tegame, altre portate?

All'interno della discussione che si è svolta nel *focus* dopo questa domanda sulle risorse da offrire per la costruzione di un servizio integrato per l'infanzia, è rimbalzato più volte un interrogativo:

cosa deve essere il pediatra di comunità? un professional? un semi-professional? un facilitatore?

Io credo che debba smettere di fare il professional, di fare il clinico, vaccinazioni, casi complessi, immigrati, credo che non abbia senso se già abbiamo una schiera di specialisti di base;

se questa struttura perde le funzioni cliniche, io vedrei i pediatri di comunità più girati verso l'ospedale o verso la pediatria di libera scelta;

debbono facilitare i processi per cui non hanno bisogno di strutture né di personale, ma di formazione.

E poi il facilitatore deve essere per forza un pediatra o può essere anche un'altra figura professionale?

Deve avere strumenti per saper colloquiare con il pediatra ospedaliero, con il PLS, come il semi-professionista della pediatria di comunità, altrimenti non si riesce a costruire dei percorsi;

chi presiede quindi a questa funzione può essere qualsiasi figura perché deve avere altre caratteristiche, logiche e meccanismi di tipo non professionale;

la capacità clinica permane fino a quando si esercita, poi si perde.

E riguardo alle figure non mediche:

parlando di pediatria di comunità rischiamo di parlare sempre di pediatri, ma noi abbiamo molto bisogno di personale infermieristico e tecnico, perché sono loro che possono sostenere i percorsi, parlare con l'ospedale e con i PLS.

Concordavano comunque tutti che alla fine "l'imbarazzo attuale è gestire una figura ibrida".

In conclusione dell'incontro, una strada si è fatta largo:

ripensiamo ai bisogni dei bambini e da lì ripartiamo cercando di capire che cosa ci occorre, e partendo da lì dovremo avere il coraggio di prendere delle decisioni.

Pediatri di comunità

	PLS	PdC	Pediatria osp.	Servizi psico-soc.	Servizi spec.	UPD	Servizi sociali comunali	Totale
risorse	150	880	380	560	190			2.160
strutture	460	330	540	190	240	400		2.160
mentalità	970	450	560	70	90		20	2.160
sostegni	700	990	180	190	50	50		2.160
<i>totale</i>	<i>2.280</i>	<i>2.650</i>	<i>1.660</i>	<i>1.010</i>	<i>570</i>	<i>450</i>	<i>20</i>	<i>8.640</i>

Dalla tabella si possono cogliere alcuni elementi.

- È sentita la mancanza di personale e di sostegni alla pediatria di comunità. Questo dato può essere inteso come un modo dei pediatri di comunità partecipanti al *focus* di manifestare il sentimento di abbandono avvertito per la riduzione delle risorse e la confusione sugli obiettivi e compiti a cui il settore è sottoposto da anni.
- La pediatria di comunità ha bisogno di una nuova mentalità per poter realizzare al proprio interno un processo di innovazione e cambiamento.
- Per la pediatria di libera scelta sembra sia prioritario acquisire una mentalità diversa, che passa attraverso un diverso approccio con l'utenza e un'organizzazione del servizio più integrata nel territorio; in seconda battuta si ritiene importante sostenerla con interventi soprattutto di tipo formativo.

- La pediatria di libera scelta ha bisogno anche di strutture, finalizzate a incentivare l'attività in gruppi associati o per la costruzione di poli di riferimento per la popolazione.
- La pediatria ospedaliera, in sintonia con le indicazioni date anche dai Direttori di Dipartimento delle cure primarie, necessita di nuovi approcci alla salute del bambino e alla rete dei servizi, oltre che di adeguamenti strutturali idonei ad accogliere i bambini e le loro famiglie.
- Anche i servizi psico-sociali, come tutti, hanno bisogno di risorse di personale ed economiche.

Vediamo in modo sintetico le idee che si sono registrate alla fine dell'incontro.

- Definire obiettivi omogenei di sostegno e attenzione alla presa in carico delle famiglie.
- Governare bene il coordinamento.
- Promuovere formazione comune dei vari soggetti coinvolti nella salute dell'infanzia, in un'ottica che mette al centro il bambino.
- Definire i prodotti della pediatria di comunità, le responsabilità e le corresponsabilità.
- Rafforzare l'appartenenza e la condivisione degli obiettivi.
- Costruire una rete anche con l'informatizzazione.
- Elaborare protocolli per processi integrati.
- Valorizzare il volontariato

Assistenti sanitarie

	PLS	PdC	Pediatria osp.	Servizi psico-soc.	Servizi spec.	Altro: ADI, CF	Non assegnati	Totale
risorse	130	990	120	220	90	970		2.520
strutture	80	790	520	170	370	490	100	2.520
mentalità	1.150	330	400	270	60	310		2.520
sostegni	680	780	210	350	60	440		2.520
<i>totale</i>	<i>2.040</i>	<i>2.890</i>	<i>1.250</i>	<i>1.000</i>	<i>5.80</i>	<i>2.210</i>	<i>110</i>	<i>10.080</i>

In linea di massima, anche le assistenti sanitarie hanno dato maggiore peso al bisogno di lavorare sulla mentalità e sulla cultura dei servizi e degli operatori.

Le assistenti sanitarie, come si può vedere dalla tabella riportata, individuano nella Pediatria di comunità il servizio che ha maggior bisogno di risorse economiche, di personale, di strutture. È stato sottolineato in modo particolare il problema delle strutture in cui vengono svolte le attività, per un problema di adeguatezza:

abbiamo degli ambienti veramente poco adatti all'accoglienza, sia per gli operatori sia per gli utenti.

La pediatria di comunità ha bisogno di essere sostenuta - insieme con la pediatria di libera scelta - nella costruzione di reti che garantiscano il rapporto con le altre figure professionali e con i vari enti che ruotano attorno all'infanzia.

La mentalità per la pediatria di comunità non viene ritenuta un problema, mentre viene individuata come l'area prevalente di lavoro per quanto riguarda la pediatria di libera scelta che, a parere di questo gruppo, non ha sicuramente bisogno né di risorse economiche, né di strutture.

La pediatria ospedaliera viene ritenuta bisognosa, anche se non in modo particolare, di migliorare le strutture di degenza e più in particolare di rinnovare la propria mentalità.

Quasi con una "sollevazione di popolo" è stato aggiunto un servizio - il servizio di assistenza domiciliare integrata - ritenuto indispensabile per affrontare gli interventi nell'area delle cronicità. Questa tematica viene individuata come uno degli obiettivi prioritari della pediatria di comunità; pertanto risulta essere indispensabile la dotazione di una buona assistenza domiciliare per la quale vanno attivate risorse, in particolare personale qualificato, strutture e sostegni.

Per quanto riguarda poi le idee per aiutare l'area pediatrica a trovare una propria definizione, è stato posto l'accento sul ruolo che le assistenti sanitarie possono giocare all'interno del processo.

Si pensa che con la costituzione dell'UPD si possano aprire spazi nuovi o ridefinire spazi consolidati, che potrebbero rappresentare un consistente investimento sulla loro professionalità.

Il gruppo delle ASV ha affermato che la propria professionalità

è qualcosa di importante che l'UPD ha a disposizione,

una professione che ha sempre avuto una certa autonomia professionale e ha una sua peculiarità nel campo della prevenzione, ambito indicato al primo posto dei bisogni dell'infanzia.

È inoltre una professionalità che si è sempre spesa su più fronti con un metodo basato sull'individuazione di obiettivi e progetti e senza mostrare mai chiusura:

seguiamo tanti progetti di tipo trasversale, percorso nascita, consultori, madri e bambini immigrati. Di chi sono questi progetti? Sono della Pediatria di comunità? Sono dell'UPD, sono del Distretto?

mai ci siamo pensate come una struttura chiusa, spendendoci sui percorsi;

c'è in questa categoria, per storia e cultura, la mentalità di lavorare per obiettivi.

Si sono quindi proposte non solo come figure tecniche ma anche come possibili facilitatori e coordinatori di percorsi:

quindi io mi vedo in questa UPD come quella figura che facilita, che accompagna;

è in grado per la sua formazione di occuparsi di molte cose e non ultimo proprio il coordinamento e la programmazione e l'organizzazione dei piani assistenziali integrati;

può esprimere le proprie idee all'interno dell'organizzazione dei servizi, anche come coordinatore;

noi possiamo esserci dentro e svolgere dei ruoli anche di responsabilità, nel senso di mettere insieme anche gli altri operatori per assicurare che i percorsi vengano fatti.

Hanno inoltre sviluppato anche nuove proposte basate sul riconoscimento di un bisogno oggi ritenuto preminente che è quello del sostegno alle famiglie:

siamo degli operatori che probabilmente hanno le basi per poter sviluppare nel futuro competenze nuove come il counseling, il sostegno per i genitori in difficoltà, cioè un ambulatorio completamente gestito da personale non medico debitamente preparato proprio per la gestione dei casi, quindi una professionalità nuova che richiede però uno stravolgimento di pensiero rispetto a chi c'è.

Hanno poi proposto di farsi carico integralmente delle vaccinazioni, come da altri sollecitato precisando:

però ci vuole un percorso per arrivare a questo discorso di gestione autonoma dell'attività vaccinale in quanto bisogna garantire un servizio di sicurezza... devo garantire all'utente, alla sua famiglia, all'Azienda e all'operatore un parametro di sicurezza e di qualità.

Attori della rete

	PLS	PdC	Pediatria osp.	Servizi psico-soc.	Servizi spec.	Sport	Non assegnati	Totale
risorse	220	310	220	530	190		50	1.520
strutture	370	200	170	20	370		390	1.520
mentalità	580	300	280	200	160			1.520
sostegni	380	550	170	120	290	10		1.520
<i>totale</i>	<i>1.550</i>	<i>1.360</i>	<i>840</i>	<i>870</i>	<i>1.010</i>	<i>10</i>	<i>440</i>	<i>6.080</i>

Nella lettura della tabella delle risorse assegnate emergono i seguenti aspetti:

- Complessivamente si aggiudicano maggiori risorse alla pediatria di libera scelta, *la centralità è sui PLS e quindi mentalità e sostegni li ho giocati lì; farei un grosso investimento sui pediatri di base; la parte più impegnativa è sulla mentalità, sulla mentalità di quelli che devono essere aiutati a fare il salto maggiore e sono i PLS.*
- I pediatri di libera scelta necessitano di un cambiamento di mentalità. I pediatri di libera scelta vengono percepiti ancora distanti dagli attori della rete, nelle loro esperienze hanno avuto difficoltà a confrontarsi con questi professionisti sia su progetti che su casi singoli. In alcuni casi hanno percepito un certo distacco nelle modalità di approccio.

- Vengono assegnati sostegni alla pediatria di libera scelta e alla pediatria di comunità perché
i PLS e i PdC bisogna un po' re-inventarli anche se sono professionisti che conosco di valore.
- Confermano la necessità per i pediatri di libera scelta di strutture in cui lavorare insieme tra pediatri, ma anche con altri servizi per l'infanzia, idea che verrà poi ripresa anche nelle proposte.
- Viene ribadita - anche dagli attori della rete - la scarsità di personale di cui è vittima la pediatria di comunità; ad essa assegnano quindi molte risorse sia economiche che di personale
non tanto nel senso che debba avere un forte incremento di risorse, quanto il fatto che debba cessare l'usura delle risorse, che debba cessare lo smantellamento.
- La pediatria di comunità ha molto bisogno di sostegni, mentre la mentalità, che pure necessita di nuove aperture, viene ritenuta adeguata
perché possa garantire, continuando nella metafora della PdC che invita a pranzo gli amici, di aprire, chiudere, pulire dopo il pranzo, garantire il coperto, che tenga in piedi il gruppo.
- Molte risorse di personale vengono offerte ai servizi psico-sociali:
gli psicologi non sanno più da che parte prendere, i disturbi dell'infanzia si manifestano in età sempre più basse;
il trend di aumento di patologie è molto forte;
la domanda in Emilia-Romagna è altissima.
- Ai servizi specialistici vengono assegnate varie risorse, in modo particolare sostegni e strutture, probabilmente perché molti degli intervistati si identificano con questi servizi.
- Per quanto riguarda le strutture in genere non vengono segnalati grossi problemi salvo qualche necessità di adeguamento, per cui questa è la risorsa che meno viene elargita ai vari servizi:
adeguamento costante delle strutture certamente, ma non c'è bisogno di cambiare il mondo.

Sintesi

Vediamo in sintesi le idee che vengono proposte dagli attori della rete.

Sedersi tutti intorno a un tavolo

è un'idea presente in tutta la ricerca; il concetto è stato espresso da molti intervistati:

bisogna dichiarare molto chiaramente quello che è l'obiettivo finale, la salute del bambino, raccogliere le esperienze di ognuno dal proprio angolo di visuale e chiedersi che cosa mettere a disposizione del bambino e della società per raggiungere l'obiettivo.

È auspicabile che nasca un'attività negoziale e collaborativa tra i vari soggetti:

non per valorizzare la propria professione, ma per decidere che cosa mettere in comune con gli altri professionisti;

ecco, direi che quello di cui si sente più bisogno è il collegamento. Ognuno per il suo verso è bravo ma tutte queste potenzialità non vengono messe a frutto perché non sono collegate e quindi è necessario individuare i bisogni e scambiarsi le conoscenze soprattutto per i bambini che hanno i problemi.

La centralità è del bambino e non dell'operatore e devono essere individuate nuove modalità di agire come professionisti nella rete.

Mettersi in rete, coordinare la progettualità, mettere in evidenza le nuove emergenze, definire approcci trasversali alla salute del bambino rispettosi delle nuove culture, sono i nuovi compiti che gli operatori dell'infanzia si trovano a dover fronteggiare. A tale scopo, sostiene un intervistato, bisogna costruire un gruppo di lavoro in ogni Azienda, che individui

le unità operative chiave, le attività chiave, che costruisca le procedure di qualità, il collegamento con altri servizi per obbligare i servizi a non rimanere nel proprio orto.

In tal senso, la Pediatria di comunità dovrebbe realizzare il catalogo dei suoi prodotti per uscire dall'indeterminatezza, confrontarsi con gli altri servizi, per poi costruire percorsi integrati.

Ma come costruire il gruppo di lavoro?

Bisogna definire i servizi che devono entrare a far parte del gruppo, ad esempio Servizio sociale, Neuropsichiatria, pediatria di libera scelta, Pediatria di comunità, e poi scegliere persone significative e di peso professionale,

figure che siano dentro bene con le radici, che abbiano una quota di leadership consistente nella zona e anche un po' di potere a livello locale, stimate dalla pediatria di base e ospedaliera.

Anche l'informatica può venire in aiuto costruendo una rete computerizzata con campi in comune tra pediatria ospedaliera, di libera scelta e di comunità,

per collegarsi e trasmettersi a vicenda le informazioni che ci interessano.

Un altro aiuto può venire dalla formazione:

- formazione dei pediatri di libera scelta per sviluppare alcune competenze specifiche che oggi sembrano mancare:

i PLS debbono avere capacità di lettura più adeguate, più ampie, perché non possiamo aggiungere tante professionalità;

- formazione comune tra le varie professionalità per sviluppare una cultura e una modalità di lavoro condivisa, partendo da alcuni problemi specifici da approfondire insieme, su cui costruire percorsi comuni.

La formazione però, con gli strumenti che le sono propri, quali incontri e seminari, non può coprire tutti i bisogni di approfondimento e di confronto; sarebbe necessario definire dei luoghi che permettano la vicinanza continuativa tra vari professionisti:

si può cambiare non solo perché si è fatto un corso di formazione sull'osservazione, ma magari perché hanno a fianco qualcuno che li sollecita a leggere i problemi diversamente, perché capire che cos'è il disagio non è facile e quindi segnalarlo è problematico.

Il coordinamento frequente, istituzionalizzato, anche se snello e flessibile, può costituire un luogo in cui ognuno porta le proprie problematiche riferite al singolo e alla collettività,

occuparci di bambini e fare progetti, per condividere la conoscenza sui bambini.

I Piani di zona sembrano essere un ulteriore strumento che può aiutare l'area sanitaria a mescolarsi con quella sociale e produrre progetti, ma anche cultura. I Piani di zona necessitano di un impegno che non è stato profuso in questa prima fase di esperienza, ma meritano sicuramente un'attenzione particolare per garantire un processo di interscambio e di cambiamento.

Lo sviluppo della pediatria di base in senso associativo può aiutare a costruire un riferimento stabile e continuativo per i bambini e le loro famiglie, garantendo una copertura del servizio per un lungo arco di tempo della giornata.

E per concludere ...

La metodologia e il significato della ricerca

La ricerca è stata progettata allo scopo di ricavare sguardi, opinioni attorno a una problematica complessa che, partendo dalla ridefinizione della *mission* della Pediatria di comunità con la sua importante e ricca storia da rileggere in funzione di nuove esigenze, si apriva a una riflessione ben più ampia che coinvolgeva l'organizzazione dei servizi territoriali, la ridefinizione di professionalità, per giocare nuovi ruoli nei servizi per la salute del bambino.

Il rischio era che, rimanendo dentro al problema che da anni viene dibattuto senza pervenire a una visione condivisa, si aprisse un vaso di Pandora da cui potevano uscire frustrazioni, lamentele, rimpianti, ma non la speranza che porta alla ricerca di strade nuove.

Una delle principali consapevolezze di cui oggi disponiamo in filosofia è che le cose non si possono più guardare direttamente in faccia, pena il travisamento del compito del pensiero: non possiamo più pretendere che la verità sia una adeguazione tra il nostro pensiero e le cose, perché ormai sappiamo che dall'adeguazione (limitante ed illusoria prima ancora che impossibile) non discende alcuna verità, e che se vogliamo inseguire qualcosa come una verità dobbiamo andarla a cercare non in piena luce, ma piuttosto nella zona in cui necessariamente giocano luce e ombra (Rovatti, 2003).

E per avere accesso a questa zona si è scelto di avvalersi di una metodologia basata principalmente sull'uso del *deplacement* o spiazzamento cognitivo, strumento metodologico ideato nell'ambito dell'epistemologia operativa.

Nelle interviste sono state proposte delle domande inattese e sorprendenti, che hanno fatto diminuire le difese, limitato l'uso di risposte prefabbricate permettendo lo svelamento delle convinzioni più nascoste. Tali perturbazioni hanno indotto gli intervistati a riflettere e a cercare nuovi corsi di azioni elaborando teorie spontanee dense di possibili orizzonti.

Il ricorso poi alle metafore ha contribuito ulteriormente ad arricchire la ricerca. La sospensione del modo abituale, ottenuta attraverso l'uso della metafora, porta fuori il nascosto, apre alla dimensione simbolica, mascherata da secoli di ragione calcolante. La metafora è un accesso al simbolico. Simbolo è originariamente un vocabolo tecnico della lingua greca e sta a indicare il frammento di coccio che l'ospitante lascia nelle mani dell'ospite affinché sia possibile in futuro un riconoscimento e un ritorno nella stessa casa; "è una unione spezzata che implica un ritorno" (Gadamer, 1977). Pensare in senso metaforico non significa fantasticare l'impossibile al di fuori del contesto specifico di riferimento, perché quello che emerge è fortemente legato alla storia, alla cultura e ai valori dei soggetti e dei servizi. I simboli hanno un significato comunicativo e relazionale solo se letti all'interno di un quadro di riferimento culturale e valoriale comune.

“La metafora è apertura in quanto operatore di intrecci e di slittamenti” (Rovatti 2003), e le interpretazioni che dalle metafore si possono ricavare sono tante, a seconda del punto di vista con cui si cerca di leggerle, e si intrecciano tra di loro fornendo ulteriori interpretazioni.

Nessuna interpretazione è a rigore più vera di un'altra: tutte rientrano nel grande gioco della tradizione, ciascuna riattiva dentro di sé tale gioco (Rovatti, 2003).

La ricerca di oggi, con la sua metodologia innovativa, ha permesso di fare un salto in avanti; ha fatto uscire pensieri più ampi, proposte che possono rigenerare, orientare verso possibili vasti cambiamenti, cambiamenti sostanziali e non solo in termini di azioni. Ci pare che si sia aperta una strada per il superamento di un modello in modo non traumatico.

Le domande poste all'inizio di questo percorso non trovano risposte certe, chiuse, ma tante indicazioni su cui lavorare che si dipanano lungo tutta la ricerca, nelle considerazioni degli intervistati, nelle interpretazioni che via via se ne sono tratte e in tutte quelle che i lettori potranno liberamente fare. Ci pare infatti che la ricerca sia ricca di spunti che qua e là appaiono e possono dare inizio a tante altre conseguenti considerazioni e aprire percorsi di riflessione in varie direzioni.

I risultati

Difficile è quindi l'operazione di stendere le pagine conclusive, perché la sensazione è quella di ridurre, di svilire, mentre il desiderio è quello di proiettarsi nuovamente fuori, in percorsi di sperimentazione operativi. Alcune considerazioni tuttavia ci sembra importante che vengano fatte nel tentativo di sottolineare alcuni aspetti particolarmente significativi.

Le elaborazioni prodotte in forma metaforica sulla salute dell'infanzia rilanciano, partendo dalla complessità dei bisogni del bambino e della sua famiglia, alcuni concetti di fondo:

- il concetto di complessità, inteso come la non separabilità degli aspetti, sociali, sanitari, educativi, relazionali, affettivi per la comprensione dello sviluppo infantile;
- l'integrazione dei linguaggi e dei saperi per la ricerca di nuovi significati da scoprire e da studiare insieme all'interno di una nuova partecipazione;
- la centralità, insieme al bambino, del contesto sociale, inteso come quella comunità che può - riappropriandosi dei propri problemi - contribuire alla presa in carico dei soggetti.

“Perché un bambino cresca occorre tutto un villaggio” dice un proverbio africano, esprimendo con semplicità e chiarezza i significati profondi che ruotano attorno alla crescita di un bambino. Il villaggio è la comunità, è la cultura, la storia, sono i tanti saperi che in esso si esprimono. Il villaggio fa pensare alle tradizioni, ai miti, agli eroi, ai riti che suggellano con intensità i valori fondanti, che sottolineano i passaggi chiave della vita degli uomini e delle donne. Nel villaggio ci sono i ruoli, c'è la relazione tra di essi sostenuta dai valori come il rispetto e l'autorità, ci sono i legami sociali e di pensiero.

La ricerca mette anche in evidenza una grande unità tra i diversi interlocutori sui concetti di fondo che stanno alla base della salute dell'infanzia e quindi dei servizi, ma fa anche emergere alcune differenze e criticità. Laddove è stato chiesto di mettere in ordine di importanza i bisogni dell'infanzia attraverso alcuni concetti vasti come amore, accudimento, socializzazione, educazione, cura e prevenzione, si è riscontrata una criticità generale sull'attribuzione di significato ai vari concetti.

Se accudimento, prevenzione e cura non hanno presentato nessun sostanziale problema interpretativo, sui concetti di amore, socializzazione ed educazione si sono percepite molte incertezze.

L'ipotesi che ci sentiamo di fare è che ci sia un forte riconoscimento della fondamentale importanza del ruolo che riveste l'amore, la socializzazione, l'educazione, insomma tutta la sfera relazionale, culturale e civica nell'allevare un bambino, ma nel contempo ci sia anche una profonda consapevolezza che la società non è più in grado di offrire ai bambini il contesto protettivo e strutturante che la crescita sana di un bambino richiede.

Si è ritenuto a lungo che l'educazione, la socializzazione avrebbero consentito di accedere a quel "regno dei lumi" al quale aspirava Kant, ma quel sogno oggi è infranto; l'educazione alla cultura e alla civiltà non bastano a proteggere l'umanità: ma allora che significato si può dare all'educazione e alla socializzazione oggi?

Educazione alla cultura e alla civiltà significa creare legami sociali e di pensiero;

senza una riflessione politica sociale e filosofica più generale difficilmente riusciremo a comprendere ciò che come servizi siamo chiamati ad affrontare nel nostro lavoro concreto (Benasayag, Schmit, 2004).

All'interno di questa falla che si è aperta tra ciò di cui abbiamo bisogno e ciò che la società è in grado di dare, quale ruolo possono giocare i servizi?

A chi tocca il compito di amare, educare? Alla famiglia? Ai servizi preposti? Ai servizi sociali e sanitari? E se è compito dei servizi, sono capaci di tradurlo all'interno in azioni, in qualità dell'intervento? Posso pensare che solo una piccolissima parte - quella della cura e della prevenzione spetta ai servizi sanitari? Ma poi si può curare e prevenire senza amore ed educazione? I bambini e le loro famiglie incontrano sulla loro strada buoni servizi, ma trovano anche un'accoglienza capace davvero di rispondere alle loro richieste di aiuto?

Altre suggestioni, altre domande, altri spunti di riflessione importanti per ripartire verso altri percorsi di ricerca e sperimentazione che riconnettano azione e conoscenza e che ci permettano di costruire altre ipotesi interpretative su cui andare a rivedere le modalità operative.

Ancora domande ... domande a cui ci hanno insegnato a scuola che si deve rispondere per far finire l'ansia legata al vuoto, al nuovo, al cambiamento che si nutre invece dell'apertura di domande "indecidibili" ..., quelle domande "vere" a cui non si può rispondere in un solo modo, che non hanno quindi una risposta unica, che non vengono "chiuse", come le domande "decidibili" da un sì o da un no (Fabbri, d'Alfonso, 2003).

Alla luce di queste considerazioni si possono leggere anche le diversità tra gli interlocutori sulla scala di priorità in cui sono stati collocati questi grandi concetti.

Ponendo in primo piano i concetti di amore, accudimento e socializzazione i dirigenti sembrano collegarsi con gli intendimenti del nuovo Piano che mira a porre grande attenzione al sociale, questa stessa scelta potrebbe anche far pensare a una delimitazione degli interventi dei servizi sanitari ad una zona ben precisa in cui offrire attenzione e qualità.

I direttori di dipartimento sembrano concentrarsi sulla prevenzione e la cura percependole forse come uno spazio su cui possono concretamente muoversi, su cui sentono di poter agire rimanendo all'interno di un contesto più squisitamente sanitario.

In ambedue le posizioni emerge la difficoltà a pensarsi in un processo di integrazione e a ritagliarsi un ruolo come servizi sanitari correndo il rischio di rimanere confinati nel proprio ambito.

Accentuando in modo marcato il valore dell'amore, la pediatria di comunità sembra voler sottolineare la necessità di una rivalutazione della propria modalità di intervenire che ha caratterizzato negli anni il Servizio di pediatria di comunità e rimarcare la differenza che percepiscono con altri settori della sanità.

Le assistenti sanitarie rilanciano forse il loro ruolo di educazione alla salute fatta con amore per i bambini e per il proprio lavoro.

Gli attori intrecciano, mettendo quasi tutti gli elementi sullo stesso piano senza una chiara e netta differenziazione.

Quali percorsi possono essere creati per giungere a una visione condivisa, a una co-costruzione di un pensiero che sorregga l'identificazione dei servizi per l'infanzia? Come utilizzare queste diversità per aprire un dibattito creativo?

Altri interrogativi ruotavano attorno all'Unità pediatrica di Distretto: quale forma organizzativa può assumere l'UPD? Per valutare la percezione che gli intervistati avevano di questa forma organizzativa è stato chiesto loro di descriverla utilizzando delle immagini. Se dall'elaborato sulla salute dell'infanzia prende corpo - da parte di tutti gli interlocutori - un'idea di profondo cambiamento culturale e operativo, non altrettanto, e non con la medesima forza e convinzione, si può dire sulle immagini della organizzazione. Le immagini viaggiano su strade parallele che si possono rappresentare, utilizzando ancora una volta delle metafore, come organizzazioni solide, liquide e gassose in base ai legami che in esse si strutturano (Melloni, Piccioni, 2003).

Le organizzazioni solide sono quelle gerarchiche funzionali, caratterizzate da una parcellizzazione e specializzazione delle mansioni che crea scissione tra progettazione ed esecuzione e tra pensiero e azione. È presente una forte gerarchia, compiti ben definiti, regole certe e legami forti che danno una sensazione di stabilità.

Nel modello liquido le organizzazioni sono quelle per processi, che si basano sui risultati da conseguire e su procedure di qualità con regole definite ma flessibili e con legami meno gerarchici e più operativi.

Nel modello gassoso l'organizzazione è a rete, la cui caratteristica sono i legami deboli, le regole si costruiscono e si modificano in itinere, come pure la professionalità di chi aderisce, la flessibilità è l'elemento che la contraddistingue. L'adesione alla *vision* diviene un processo negoziale.

La persona e l'organizzazione confrontano i propri progetti e i propri interessi in un'ottica in cui la *vision* stessa si nutre ed evolve anche dal materiale innovativo e dalla creatività che il processo negoziale stesso genera. Il senso di appartenenza può oscillare a seconda delle fasi di vita della persona e dell'organizzazione e l'ingresso e l'uscita delle risorse umane non è un'eccezione.

Passando ora alle metafore scelte dagli intervistati, l'immagine dell'alveare e in parte della casa rappresentano una cultura organizzativa che si rifà a vecchi modelli di tipo burocratico-amministrativo e professionali sanitari, che non facilitano la ricerca di una forma nuova più flessibile e più attenta ai contesti sociali.

La seconda scelta è quella dell'albero che richiama al modello dell'organizzazione per processi e la terza è quella della mappa, che richiama l'organizzazione a rete.

L'immagine del mare che poteva rappresentare una spinta ulteriore verso modelli ancora più flessibili, verso una ricerca di forme meno definite, non è presente.

Si percepisce quindi un contrasto tra le idee innovatrici sullo sviluppo dell'infanzia e le idee sull'organizzazione dove hanno il sopravvento idee più classiche. Là dove si è chiesto quali caratteristiche dovesse avere l'UPD, si fanno avanti nuovamente idee che sembrano in sintonia con la ricerca di nuovi modelli: è "un'area di interscambio", "un punto di riferimento", "un luogo", "un sensore che coglie", "è una mappatura che si compone e scompone", "è un costruttore di reti", "è un ponte tra le varie competenze", "deve essere flessibile", "capace di comunicare", di "progettare", di "formare", "ogni forma di gerarchia ridotta al minimo", "grande responsabilizzazione individuale". Queste sono caratteristiche trasversali alle tre categorie di intervistati, che dimostrano grande omogeneità su questo versante.

Ne risulta che l'UPD non è definibile né strutturabile come un servizio, con le modalità gerarchiche classiche, ma è un'idea complessa, è una grande sfida per affrontare un mondo composito come quello dello sviluppo sano dei bambini.

Servizi quindi come "luoghi sociali" in cui si elaborano conoscenza e modalità di intervento in modo da poter aggregare risorse, per contrastare i fenomeni di disagio sociale (Olivetti Manoukian, 2005b).

Da questo quadro emergono interrogativi che portano a chiederci come concretamente si possa sviluppare una forma organizzativa che contenga tali caratteristiche. Ancora una volta è una domanda che non ha una risposta chiusa. Non ci sono attualmente modelli da imitare, ma bisogna investire nella ricerca di dispositivi organizzativi capaci di rendere possibile il processo di cambiamento.

Ritornando alle caratteristiche che dovrebbe avere l'UPD - espresse dagli intervistati -, emergono varie idee a volte in sintonia a volte contraddittorie tra loro, a dimostrazione della oggettiva difficoltà a prefigurarsi un servizio che possa rispondere alle caratteristiche più generali sopra riportate. Ne raccogliamo qui, sinteticamente, alcune.

Emerge come primo dato una grande uniformità tra gli intervistati sull'idea che l'UPD debba raccogliere i bisogni, elaborare dei percorsi e costruire quindi sinergie all'interno della rete dei servizi.

Dai responsabili delle strategie viene un'indicazione che mira a sottolineare l'esigenza che l'UPD, come servizio pubblico, debba garantire tutta la popolazione infantile su alcuni bisogni ritenuti prioritari e in modo particolare quelli più strettamente sanitari, avere caratteristiche comuni in tutti i Distretti della regione, ma nel contempo aderire al contesto in cui opera dimostrando capacità di ascolto sia dei bisogni che delle risorse presenti, sviluppando quindi peculiarità organizzative.

Altri sguardi ritengono che l'UPD debba essere un punto di riferimento per tutti i problemi dei bambini e delle famiglie sviluppando la competenza diagnostica dei disturbi affettivo-relazionali e sanitari, mettendo più in evidenza quindi l'area relazionale e affettiva ritenuta prioritaria per l'infanzia.

I direttori delle cure primarie concordano che l'UPD deve essere collocata all'interno del Dipartimento delle cure primarie senza però perdere, confluendo nel Dipartimento, le specificità che le appartengono quale servizio per l'infanzia e non per gli adulti. Rimarcano inoltre la necessità di sciogliere il nodo del rapporto con i Nuclei di cure primarie, che genera grande incertezza organizzativa e perplessità.

Per le assistenti sanitarie e infermiere della Pediatria di comunità, le caratteristiche partono dalla necessità che l'UPD ci sia e contenga la pediatria di comunità in termini sia di obiettivi che di modalità di azione. L'UPD deve farsi carico dei problemi della famiglia oltre che dei bambini e integrare tutti i servizi per non spezzettare il nucleo familiare, costruendo percorsi anche con il punto nascita e l'ospedale, progettando insieme con una responsabilità diffusa, e reggendosi anche su una nuova identità professionale che le assistenti sanitarie possono, se adeguatamente preparate, mettere in campo.

E, dentro all'UPD, quale ruolo assumono le due componenti principali? In modo particolare la pediatria di comunità, su cui si sono concentrate molte domande? E la pediatria di libera scelta?

In certi passaggi della ricerca si ha la sensazione che la pediatria di comunità venga percepita come l'ultimo baluardo di una politica sanitaria che ha contraddistinto un'epoca ben precisa nella storia dei servizi alla salute e che, in nome delle idee e dei valori che essa rappresentava, le venga richiesto e attribuito un ruolo di sostegno alla costituzione dell'UPD.

Ma l'adesione a vecchi ideali non potrebbe forse rischiare

di essere più una chiusura che una apertura rispetto alle possibilità di conoscenza e di comprensione di ciò che sta avvenendo nel contesto sociale in cui e per cui si opera (Olivetti Manoukian, 2004)?

Non è fermandosi a idealizzare il passato che si possono trovare vie per il cambiamento e non è investendo ancora una volta i servizi di compiti per loro insostenibili che si possono rimettere in moto progetti di rinnovamento.

Rimettersi in contatto con la propria storia, come per il bambino con le proprie radici, non deve portare ad aprire alla nostalgia e alla frustrazione, ma deve permettere un'analisi critica per trarre indicazioni per orientare i valori di oggi. La Pediatria di comunità, che un ruolo fondamentale ha rivestito nella costituzione dei servizi per l'infanzia, oggi può riposizionarsi in modo diverso all'interno dell'attuale contesto sociale, ripensando ai bisogni dell'infanzia e agli obiettivi che l'UPD deve perseguire definendo con gli attori del sistema infanzia le strategie di integrazione.

La pediatria di libera scelta, pur con sottolineature diverse, viene indicata come l'elemento cardine della costituenda UPD. Viene inoltre segnalata con forza la necessità di investire in termini di formazione su questi professionisti, affinché possano ricoprire il nuovo ruolo affidato che si realizza su un piano più organizzativo e culturale e all'interno di quella visione più complessiva di salute che viene rilanciata in questa ricerca.

Bisogna pensare a un nuovo servizio che sia un punto di raccordo tra tutto ciò che si muove intorno al bambino, l'ospedale, i servizi sociali, i servizi educativi, ma anche i genitori e la società, un servizio che lavori sulle relazioni tra i soggetti, che costruisca connessioni tra tutti i punti della rete, che lavori sui nuovi bisogni e sui vari modelli culturali che si agitano all'interno del contesto sociale attuale, per costruire contesti dialogici.

Manca quindi un'idea forte e qualcuno che sappia darle concretezza. Ci sembra che riaffiori il bisogno di un forte ripensamento politico che animi e dia forza agli operatori e senza il quale non è possibile costruire nuove proposte.

Come più volte sottolineato, per l'impostazione metodologica che la caratterizza la ricerca, apre a tutto campo e porta anche a riflessioni di tipo politico che ci sentiamo di raccogliere, ricollegandole anche allo sviluppo attuale del pensiero sui servizi e alle ipotesi di rinnovamento che stanno emergendo in modo particolare in quelli a carattere prevalentemente sociale che sicuramente più di tutti stanno vivendo in modo drammatico la necessità di trovare risposte adeguate per assicurare i servizi alla persona.

I servizi sanitari per l'infanzia non possono che essere inglobati in questa riflessione proprio per la loro specificità: sono infatti servizi di confine, servizi di primo livello, rivolti alla persona nella sua globalità, in cui la parte sanitaria si sfuma e si confonde con la parte sociale, e non può essere isolata dal contesto familiare e sociale. Affrontano poi problemi di sviluppo dove la patologia in realtà è l'aspetto minore, come ben si evidenzia nella "torta della salute" e da cui si ricava anche il senso di smarrimento di fronte ai bisogni quali quello di socializzazione e di educazione che non trovano oggi una definizione chiara.

La salute dell'infanzia investe significati profondi che penetrano molto addentro ai valori umani, che fanno meditare rispetto a ciò che oggi sta accadendo nella società moderna e ai servizi che in essa operano.

La società attuale, come sostenuto da molti studiosi contemporanei, mostra sempre più squilibri, più contraddizioni, e soprattutto l'emergere di fenomeni poco o nulla governabili.¹⁰

I servizi, di contro, tendono sempre più alla ricerca di risposte di tipo specialistico da offrire, in rapporto duale tra operatore e utente, ma con sempre meno risorse, rischiando di generare frustrazione e insoddisfazione da entrambe le parti.

Bisogna quindi fare alcune riflessioni e chiedersi come sia possibile generare nuove visioni e determinare un cambiamento di logica che aiuti a uscire da una visione stereotipata di rapporto duale tra l'utente e l'operatore, tra il problema e il servizio deputato a risolverlo, e a rispondere alle tante - e tra loro fortemente diversificate - domande, non sempre risolvibili e a volte neppure governabili.

Per i servizi si tratta di ripensare nuovamente la propria funzione sociale, restituendo la delega che i servizi si sono accollati da parte della società a reggere i problemi da essa stessa generati assumendo un ruolo di promotori, di attivatori di processi sociali per connettere punti di vista, per costruire reti che si orientino verso lo sviluppo di comunità.

Il ripensamento complessivo espresso a più voci rimette in moto i servizi, ma anche la comunità, con tutte le sue istituzioni e le sue rappresentanze, verso una nuova modalità di pensiero. Non è un'operazione di razionalizzazione o di semplice innovazione, ma una nuova trasformazione che, coniugando il passato con il presente e il futuro, il sociale con il sanitario, il singolo e la sua comunità e i tanti saperi, riaccenda una nuova azione politica, riconnetta conoscenza e azione politica, elabori una cultura che non faccia riferimento solo a dei saperi costituiti.

I servizi per l'infanzia - che negli anni in cui sono stati costituiti¹¹ sono stati portatori di cambiamenti, di modelli alternativi di gestione delle problematiche - devono diventare nuovamente attori attivi di un processo di trasformazione.

Rimettere al centro la società nel suo complesso come utente dei servizi, coinvolgendo la comunità in un'azione sociale e politica di ricerca di nuove prassi sociali è l'idea che ci sembra possa essere lanciata come sfida per un nuovo progetto in sintonia con le riflessioni già avviate anche dall'Assessorato alle politiche sociali della Regione Emilia-Romagna attraverso un percorso di ricerca.

Sul piano politico progettuale sosteniamo quindi la raccomandazione più volte emersa da più voci durante la ricerca, di aprire tavoli di lavoro a vari livelli, con i servizi sociali, con le istituzioni educative, con i Comuni, per aprire un confronto, per dare corpo a sperimentazioni locali. Possibili esempi, menzionati anche da alcuni intervistati, possono essere ricavati dalle esperienze fatte in regione nella definizione dei Piani di zona e dei Piani per la salute.

¹⁰ Si fa qui riferimento a una vasta letteratura in merito con titoli che parlano da soli: Bauman (2001), Beck (2000), Sennet (1999).

¹¹ Ci si riferisce agli anni '70 in cui vi fu una grande attenzione e azione nei confronti dell'infanzia con l'apertura degli asili nido, la qualificazione delle scuole materne, l'avvio del tempo pieno, la nascita dei consorzi con i primi servizi consultoriali di pediatria.

Le innovazioni necessitano di un appoggio forte che può essere trovato su una condivisione vasta dei problemi e delle ottiche con cui affrontarli e dei modelli a cui fare riferimento. Gli operatori dei servizi hanno una collocazione ottimale per costruire percorsi di ricerca, ma non possono agire senza una nuova forza propulsiva che aiuti a scardinare vecchie logiche e a crearne di alternative.

Piste operative

Dalle interviste e dai *focus group* emergono molteplici suggerimenti e indicazioni di carattere operativo che si ritiene importante riprendere nella parte conclusiva, sia per la ricchezza di idee che introducono sia perché possano diventare possibili piste di lavoro per chi ha come compito la programmazione, lo sviluppo e l'organizzazione dei servizi per l'infanzia.

Riportiamo in forma schematica le proposte e le raccomandazioni scaturite.

- È importante sostenere con grande energia l'integrazione tra la pediatria di comunità e la pediatria di libera scelta, attraverso la stipula degli accordi regionali e aziendali, e attraverso il sostegno organizzativo e formativo finalizzato alla costruzione di un'operatività integrata distrettuale.
- Per garantire l'avvio dell'UPD è necessario individuare obiettivi strategici di intervento, definire gli ambiti di lavoro e le responsabilità.
- La Pediatria di comunità deve superare il ruolo di erogatore di prestazioni per assumere una funzione di facilitatore di processi e promotore di programmi e azioni.
- Si ritengono maturi i tempi per sperimentare nuove modalità organizzative per l'attività vaccinale, in grado di garantire l'organizzazione, l'esecuzione e il monitoraggio degli interventi. Protagonista di questa innovazione è la figura professionale dell'assistente sanitaria.
- Vanno creati legami funzionali tra i vari servizi del sistema sanitario (servizi distrettuali, servizi ospedalieri, ecc.).
- Va ripensata l'attività di educazione sanitaria in particolare quella rivolta ai primi anni di vita del bambino, che potrebbe definirsi più come *counseling* alla famiglia e che potrebbe essere sostenuta da figure mediche e non mediche adeguatamente formate.
- Vanno create le condizioni perché i luoghi di erogazione delle prestazioni diventino spazi utili per la condivisione di pratiche e di sperimentazione di nuove modalità di lavoro tra i professionisti e punti di incontro con le famiglie e la comunità.
- Vanno riconsiderati gli interventi con le istituzioni educative ritenendo definitivamente superato il vecchio modello di medicina scolastica per ridisegnare un intervento di supporto alla scuola, alle famiglie e ai bambini; interventi che mettano al centro la capacità di ascolto dell'adulto nei confronti del bambino, e la riflessione sul tema della genitorialità nel contesto attuale.

- Vanno sviluppati gli interventi verso le fasce più deboli della popolazione infantile organizzando l'assistenza ai bambini e alle loro famiglie, e in particolare va curata la gestione dell'assistenza ai bambini cronici.
- Vanno promosse forme di confronto tra operatori, servizi, istituzioni e associazioni perché possano insieme fermarsi a leggere i problemi senza dare nulla per scontato e per ricercare nuovi percorsi per affrontarli, dando vita a progetti finalizzati.
- Si ritiene necessario fare un grosso investimento formativo a livello regionale per creare delle figure che supportino una crescita culturale e un rilancio della problematica infantile, che coordinino la costruzione di nuove prassi, la formazione degli operatori, la costruzione di progetti interdisciplinari su nuove logiche. Un percorso formativo di grande entità potrebbe creare quelle figure - che in più parti della ricerca vengono invocate - di supporto ai Direttori delle cure primarie per dare corpo alle idee e alle sperimentazioni possibili. Tali figure, che non necessariamente debbono essere dei pediatri, dovrebbero essere indicate dai Direttori di Distretto in base a criteri specifici.
- Vanno promossi e definiti percorsi formativi per le assistenti sanitarie o infermiere professionali, che supportino la trasformazione della loro professionalità più orientata verso il *case management*.
- Vanno progettati corsi a livello aziendale o distrettuale, con caratteristiche peculiari di gruppo di auto-apprendimento o comunità di pratica, su problematiche specifiche che coinvolgano pediatri di libera scelta, pediatria di comunità e varie professionalità, sociali e sanitarie ed educative, allo scopo di approfondire conoscenze (letteratura, studio di casi, ecc.), costruire processi di lavoro e strumenti flessibili.

Per quanto riguarda le indicazioni formative, come ricercatrici facciamo una premessa fondamentale sul significato profondo che debbono contraddistinguere eventuali proposte.

Per portare avanti il progetto che emerge dalla ricerca, i professionisti coinvolti devono acquisire competenze e capacità per variare le modalità di azione, costruire un pensiero che li aiuti non a confermare il proprio modello interpretativo, ma a entrare in contatto con la complessità dei problemi dei bambini e delle loro famiglie in un contesto come quello attuale.

Vi è una distanza tra teorie depositate nelle culture professionali e organizzative e l'elevata complessità dei problemi (Olivetti Manoukian, 2005a).

Costruire quindi una nuova ipotesi di lavoro attorno all'UPD vuol dire, da parte dei professionisti, non vedersi più in una relazione duale (medico-paziente) ma pensarsi dentro una rete di rapporti multipli e come co-costruttori di progetti di intervento, insieme a tutti quei soggetti, famiglie, istituzioni, servizi, associazioni e cittadini. Le possibili proposte formative dovrebbero muoversi in questa ottica e si dovrebbero pertanto avvalere di metodologie che ne possano sostenere la filosofia di fondo.

Bibliografia

- Bauman Z. *Voglia di comunità*. Laterza, Bari, 2001.
- Bauman Z. *La società individualizzata*. Il Mulino, Bologna, 2002.
- Bauman Z. *Società sotto assedio*. Laterza, Bari, 2005.
- Beck U. *La società del rischio. Verso una seconda modernità*. Carocci, Roma, 2000.
- Benasayag M., Schmit G. *L'epoca delle passioni tristi*. Feltrinelli, Milano, 2004.
- d'Angella F., Floris F., Olivetti Manoukian F. Discutere di lavoro sociale. Alcuni appunti tanto per cominciare. Supplemento a *Animazione sociale*, n. 10, *Collana Geki*, 2003.
- Fabbri D. *La memoria della regina. Pensiero, complessità, formazione*. Guerini e Associati, Milano, 1990.
- Fabbri D., d'Alfonso P. *La dimensione parallela: la dispersione scolastica nell'immaginario e nelle aspettative di testimoni privilegiati*. Erickson, Trento, 2003.
- Fabbri D., Formenti L. Per un approccio costruttivista neo-piagetiano dell'identità: prime riflessioni. *Attualità in psicologia*, 4: 9-16, 1989.
- Fabbri D., Formenti L. *Carte di identità. Per una psicologia culturale dell'individuo*. FrancoAngeli Ed., Milano, 1991.
- Fabbri D., Munari A. Per una psicologia culturale. *Studi di psicologia dell'educazione*, II (2): 16-28, 1983a.
- Fabbri D., Munari A. Dall'epistemologia genetica alla psicologia culturale. In Bocchi G., Ceruti M., Fabbri D., Munari A. *L'altro Piaget. Strategie delle genesi*. Emme edizioni, Milano, 1983b.
- Fabbri D., Munari A. *Strategie del sapere. Verso una psicologia culturale*. Dedalo Ed., Bari, 1984.
- Fabbri D., Munari A. I laboratori di epistemologia operativa. In Demetrio D., Fabbri D., Gherardi S. *Apprendere nelle organizzazioni. Proposte per la crescita cognitiva in età adulta*. La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1994.
- Gadamer H.G. *L'attualità del bello*. 1977.
- Keeney B.P. *L'estetica del cambiamento*. Astrolabio, Roma, 1985.
- Lewin K. *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*. Il Mulino, Bologna, 1972.
- Martini R., Torti A. *Fare lavoro di comunità*. Carocci Faber, Roma, 2003.
- Melloni E., Piccioni D. Percorsi di confronto tra operatori dell'amministrazione e del privato sociale. 2001-2003. Regione Emilia-Romagna, Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria, 2003.
- Morin E. Le vie della complessità. In Bocchi G., Cerruti M. (a cura di). *La sfida della complessità*. Feltrinelli, Milano, 1985.

- Munari A. *Il sapere ritrovato. Conoscenza, formazione, organizzazione*. Guerini e Associati, Milano, 1993.
- Olivetti Manoukian F. Conoscenza e azione politica. *Prospettive sociali e sanitarie*, n. 2, 2004.
- Olivetti Manoukian F. Servizi sotto assedio. Supplemento a *Animazione sociale*, n. 1, *Collana Geki*, 2005a.
- Olivetti Manoukian F. Il codice dell'azione sociale. Supplemento a *Animazione sociale*, n. 1, *Collana Geki*, 2005b.
- Olivetti Manoukian F. Re-immaginare il lavoro sociale. Supplemento a *Animazione sociale*, n. 1, *Collana Geki*, 2005c.
- Ricoeur P. *La metafora viva*. Jaka Book, Milano, 1981.
- Rogers E., Shoemaker E. *Communication of Innovations. A cross-cultural approach*. 2nd edition, The Free Press, New York. 1971
- Rovatti P.A. *Guardare ascoltando*. Studi Bompiani, 2003.
- Scaratti G. La formazione tra psicologia culturale e orientamento psico-sociologico. In Kaneklin C., Scaratti G. (a cura di). *Formazione e narrazione*. Cortina, Milano, 1998.
- Schon D. *Technology and change*. Pergamon, Oxford, 1967.
- Sennet R. *L'uomo flessibile*. Feltrinelli, Milano, 1999.
- Watzlawick P., Weakland J.H., Fisch R. *Change: la formazione e la soluzione dei problemi*. Astrolabio, Roma, 1974.

COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agenzia sanitaria regionale

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna, 1990. (*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna, 1990. (*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna, 1990. (*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna, 1990. (*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna, 1990. (*)
6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna, 1991. (*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna, 1991. (*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna, 1991. (*)
9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna, 1992.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna, 1992. (*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna, 1992. (*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna, 1992. (*)
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna, 1992. (*)
14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna, 1993. (*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna, 1993. (*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna, 1993. (*)

(*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna. Sono anche scaricabili dal sito <http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/colldoss/index.htm>

17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna, 1993. (*)
18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna, 1994.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna, 1994. (*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna, 1994. (*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna, 1994. (*)
22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna, 1994. (*)
23. 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1994.
24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna, 1995. (*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna, 1995. (*)
26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna, 1996. (*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1996. (*)
28. Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna, 1996. (*)
29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna, 1997. (*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna, 1997. (*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna, 1997. (*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna, 1997. (*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna, 1997. (*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna, 1997. (*)
35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998. (*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna, 1998. (*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna, 1998. (*)

39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna, 1998. (*)
40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna, 1999. (*)
41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna, 2000.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna, 2000. (*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna, 2000. (*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna, 2000. (*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna, 2000. (*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna, 2000. (*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)

60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna, 2002.
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna, 2002. (*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna, 2002. (*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna, 2002.
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna, 2002.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna, 2002. (*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna, 2002. (*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna, 2002. (*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
72. Linee guida per la chemiopprofilassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna, 2002. (*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna, 2002. (*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna, 2002. (*)
76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003.
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna, 2003. (*)
80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna, 2003. (*)
81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna, 2003. (*)

82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna, 2003. (*)
83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna, 2003.
84. I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (*)
85. Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna, 2003. (*)
86. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna, 2003. (*)
87. I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
88. Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2003. (*)
89. Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna, 2004. (*)
90. La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna, 2004. (*)
91. Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna, 2004. (*)
92. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna, 2004. (*)
93. Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna, 2004. (*)
94. Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna, 2004. (*)
95. Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna, 2004. (*)
96. Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
97. Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2004. (*)
98. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna, 2004. (*)
99. La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna, 2004. (*)
100. Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna, 2004. (*)
101. Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
102. Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna, 2004. (*)
103. Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna, 2004. (*)

104. Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
105. SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna, 2005. (*)
106. La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna, 2005. (*)
107. Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
108. Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna, 2005. (*)
109. Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna, 2005. (*)
110. Domanda di care domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
111. Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna, 2005. (*)
112. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 2003. Bologna, 2005. (*)
113. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2005. (*)
114. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004. Bologna, 2005. (*)
115. Proba Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Bologna, 2005. (*)
116. Audit delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
117. Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto. Bologna, 2006. (*)