

COMUNICAZIONE E CRESCITA

Un dialogo a tre

Questo bellissimo Oltre lo Specchio è stato già pubblicato su *Medico e Bambino* nel 2004. È un confronto straordinario fra tre grandi Maestri della pediatria e dopo 10 anni è ancora attualissimo: esercitare la pediatria, prendere in carico il bambino e la famiglia, curare l'adolescente significa anche svolgere un ruolo di cultura. In ricordo del prof. Burgio.

IL PEDIATRA E IL BAMBINO CHE DIVENTA UOMO

G. ROBERTO BURGIO

Dipartimento di Scienze Pediatriche, Università di Pavia

LUIGI D. NOTARANGELO

Clinica Pediatrica, Università di Brescia

Esercitare la pediatria, prendere in carico il bambino, comunicare con i suoi genitori e poi, sempre più, con il bambino stesso e, via via, con l'adolescente, significa svolgere anche un ruolo di cultura. Poche discipline mediche come la pediatria si radicano e si irradiano nella cultura della salute che serve alla società dei genitori e dei bambini (*Figura 1*). Nessuna disciplina più della pediatria è in osmosi culturale con la genetica e le scienze umane (e bioetica), con l'epidemiologia e la statistica (*Figura 2*). Se le nostre autorità politiche fossero aperte e sensibili a questi problemi non dovrebbero far fatica a capire che nessuna categoria di medici più di quella dei pediatri è in grado di produrre cultura della salute per la società.

Cronologia di un repertorio, "nel quotidiano"

Gli argomenti inerenti a questa cultura sono i più svariati. Riguardano i genitori e i bambini lungo l'intero arco della loro età della crescita; anzi, già da prima della loro nascita. Ci limiteremo a un elenco telegrafico, per accenni, degli interventi di guida, prevenzione e sostegno che sono ormai atti dovuti del pediatra verso il bambino. Come tutti gli elenchi potrà apparire arido, ma dietro e dentro ogni voce ciascun pediatra sa mettere da solo tutto quello che ci deve stare, conoscenze e saper fare.

Prima della gravidanza e del concepimento (in ospedale nei punti nascita, in famiglia alla previsione del secondo bambino, nei consultori familiari, come advocacy): acido folico, rosolia, toxo, counselling genetico, screening genetici di coppia, diagnosi prenatale, fumo, alcol, farmaci, preparazione all'allattamento al seno.

Per il neonato e per il lattante: i problemi della dimissione precoce, la guida alle vaccinazioni, il sostegno all'allattamento materno e alla genitorialità, la posizione nel sonno e la SIDS, l'ambiente dome-

stico, il fumo passivo, il sole, il colloquio verbale-non verbale, la lettura ad alta voce, la guida alle vaccinazioni, le integrazioni dietetiche, lo svezzamento, la prevenzione degli incidenti.

Per l'età prescolare e scolare: ancora il sostegno alla genitorialità per le famiglie più fragili, la multiproblematicità familiare, la violenza, la iperpermissività, l'autoritarismo, l'intercettazione dei disturbi di apprendimento, l'abuso della televisione e la gratificazione attraverso il cibo, la programmazione del tempo libero,

Per l'adolescente: qui il discorso si fa più complesso e difficile. Lo riprenderemo alla fine. Ma al momento dell'adolescenza molta strada è già fatta.

Il ciclo vitale è un *continuum*. Se lo compartimentiamo per fasce di età (*Figura 3*) è perché ogni età ha le sue caratteristiche e le sue esigenze; ma è altresì indubbio che ogni età prepara la successiva: il latitante che è stato neonato diventerà bambino prescolare e scolare; l'adolescente erediterà il bambino che è stato nel suo corpo e nella sua personalità: non meno di come, secondo Freud, vi è continuità fra vita fetale e infantile¹. Per questo è opportuno che un dialogo fluisca fra i bambini e gli adulti che ne hanno cura.

Occorre che il moderno "medico dei bambini" incrementi ulteriormente il suo ruolo di "educatore"²

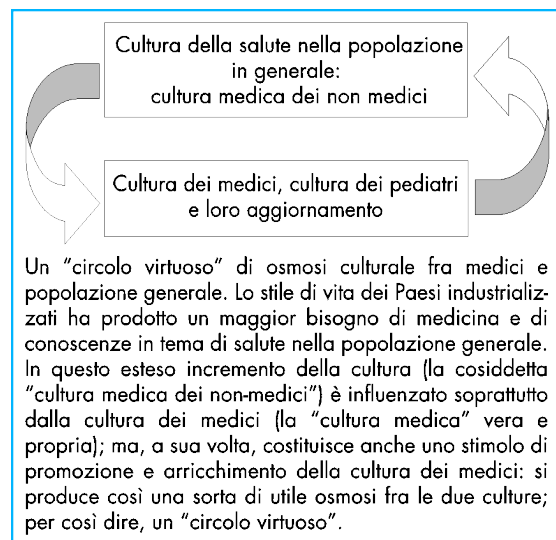


Figura 1. Da: *La comunicazione in Pediatria*. Milano: UTET Periodici, 1999.

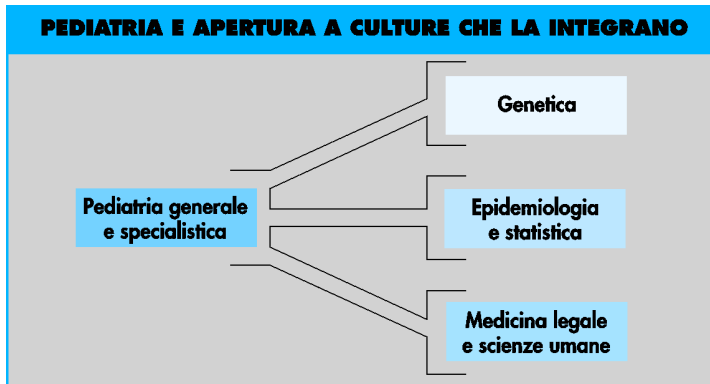


Figura 2. Da: Area Pediatrica 2002;3:33-40.

ETÀ	PERIODO			
Concepimento	Embrionario e fetale precoce			
20 settimane				
28 settimane	Fetale tardivo			
Nascita	Prima infanzia	Lattante	Neonato	Neonatale precoce *
7 giorni				Neonatale tardivo
28 giorni			Post-neonatale	
1 anno		Piccolo bambino		
3 anni	Seconda infanzia		Età prescolare	
5 anni				
6 anni	Terza infanzia			
10 anni	Pubertà		o Età scolare	
15 anni	Adolescenza			
20 anni	Età giovanile			
25 anni				

* Periodo perinatale

Figura 3. Età e periodi della vita. Da: La comunicazione in Pediatria. Milano: UTET Periodici, 1999.

che di recente e viepiù ha impresiosito la sua funzione sociale e societaria (Box 1). Peraltro, bisognerà pur tenere presente che se educare poggia, di fondo, sull'“insegnamento dei comportamenti rispettosi dei diritti altrui”, non si esaurisce in questo obiettivo. Anzi, proprio il pediatra sa bene che educare significa anche “aiutare a maturare”, “aiutare a diventare adulti”, cioè a coltivare fin da bambini, e poi da adolescenti, un certo “ideale di ruolo” per la propria vita: sapere immaginare, cioè, una propria futura posizione operativa nella società.

Che cosa ti piacerebbe fare da grande?

«Che cosa ti piacerebbe fare da grande?» Un quesito significativo. A proposito di futura posizione operativa nella società, saranno pur tanti i genitori che domandano, ogni tanto almeno, nel corso degli anni, ai loro bambini: «Che cosa ti piacerebbe fare quando sarai grande?» e poi, ai loro teenager: «Che cosa vorresti fare nella vita?». Noi riteniamo che valorizzare da parte dei genitori queste domande

semplici e riproporle - a tempo e a luogo - tenendole ben presenti nel loro lessico familiare, costituirà sempre una premessa particolarmente produttiva di un dialogo. Servirebbe - una tantum - a far parlare i bambini di se stessi, a dare loro uno spazio dialogico più significativamente personale. E il pediatra potrebbe, anch'egli a tempo e a luogo, sollecitare i genitori a rivolgerle, talvolta, negli anni, ai loro figli anche - o proprio - per un facile rinverimento del lessico familiare.

Qualsiasi risposta fornita dal bambino (fantasiosa, magari, e irrealistica), qualsiasi risposta o commento fornito dal bambino scolare e (pre)adolescente costituiranno, in ogni caso e nel rispetto di qualsiasi ambiente sociale in cui il bambino vive (vogliamo dire di qualsiasi ambiente di lavoro e socio-culturale dei genitori), costituiranno - dicevamo - un forte incremento al dialogo, alla presa di posizione comunicativa da non sottovalutare nel suo significato. Ma anche nel “lessico pediatrico”, cioè nel dialogo che, secondo l'età del bambino e sempre auspicatamente, potrà aver luogo in modo diretto, appunto, fra il bambino, già dalla prima età scolare in poi, e il suo pediatra, quest'ultimo potrà pure proporre loro - di tanto in tanto - i quesiti citati. Ci parrebbe utile, facile e coinvolgente.

Chissà che le risposte non possano aprire un ventaglio di considerazioni: queste potrebbero partire dall'influenza dell'ambiente in cui il bambino vive (dalla TV che vede), dal modello degli adulti che più lo influenzano nella sua *Weltanschauung*, dagli influssi della cultura che gli proviene dalla scuola, dal mondo dello sport, dagli amici e dal loro ambiente, comunque da tutto quanto più lo interessa.

Chiedere ogni tanto a un bambino o a un adolescente nel lungo arco cronologico della sua crescita (e della sua maturazione) che cosa gli piacerebbe fare “da grande”, o “nella vita”, significa anche fargli, ancorché “impalpabilmente”, capire quanto vivo sia intorno a lui l'interesse degli adulti che gli sono vicini. La ricaduta di un siffatto dialogo sarà sempre significativa per il pediatra, ma potrebbe esserlo in particolare per i preadolescenti nella costruzione della loro identità personale, così spesso ardua da raggiungere³.

Adolescenza e pediatria

Ma, venuti che siamo all'adolescente, vorremmo portare un momento la nostra attenzione, in termini di comunicazione, sul binomio “adolescenza e pediatria”.

Siamo portati a credere che per l'adolescente sarebbe una rinuncia nociva alla salute (della sua persona e della sua personalità) non poter fruire continuamente della competenza del pediatra. Per questa salute psichica e somatica ci sentiamo persino di auspicare che ogni adolescente possa avere un suo pediatra con cui comunicare, e questo nelle due grandi aree che principalmente coinvolgono la personalità dell'adolescente: il sociale e l'affettivo. Nella debita attenzione distintiva dei rispettivi ruoli, potrà fluire fra pediatra e adolescente una comunicazione diretta sui più importanti temi della salute, la cui conoscenza è, a dir poco, fondamentale per l'ingresso dell'adolescente nella vita adulta. Se il pediatra ha saputo guadagnarsi la fiducia dell'ado-

Box 1

Gli operatori pediatrici sono ben consapevoli che l'autostima è fondamentale per lo sviluppo del bambino e per la piena realizzazione dell'adulto. Uno degli elementi basilari di un'autostima sicura e funzionale è il convincimento della nostra capacità di svolgere un certo controllo sulle persone e sulle situazioni che ci influenzano. Per consolidare questo convincimento, gli adulti devono fornire ai bambini l'occasione di capire le situazioni nelle quali si trovano, di fare delle scelte in merito a tali situazioni, e di sviluppare le proprie capacità di risolvere i problemi e di gestire le pressioni psicologiche comportate dagli eventi¹. Gli educatori pediatrici devono insegnare le abilità decisionali ai loro giovani pazienti². La capacità di prendere decisioni correttamente non spunta misteriosamente dal nulla: va imparata ed esercitata con la guida degli altri³.

Riassumendo: gli operatori pediatrici, in quanto educatori, sono in grado di offrire benefici molto importanti, condividendo la verità e le decisioni con i bambini, col risultato di:

1. preparare gradualmente i bambini alle responsabilità della vita adulta;
2. aumentare il loro senso di autostima;
3. incentivare la loro assunzione di maggiori responsabilità personali;
4. aumentare il loro senso di capacità a gestire gli eventi e quindi aumentare il loro senso di sicurezza;
5. incrementare la loro accettazione degli oneri derivanti dal trattamento e pertanto migliorare la collaborazione.

1. Brooks RB. Self-esteem during school years. *Pediatr Clin North Am* 1992; 39,3:537-50.

2. King NMP, Cross AW. Children as decision-makers: Guidelines for Pediatricians. *J Pediatr* 1989;115,1:10-6.

3. Lewis CE. Decision-making related to Health: When could, should children act responsibly? In: Melton GB, Koocher GP, Saks MJ (Eds). *Children's Competence to Consent*. New York: Plenum Press, 1983.

lescente e la famiglia dell'adolescente ha favorito l'instaurarsi di questo rapporto di fiducia, la maturazione dell'adolescente ne risulterà significativamente agevolata.

Comunicare con l'adolescente in famiglia, a scuola, in palestra, in altri luoghi di incontro è pedagogia della quale la società di oggi ha assoluta necessità; la letteratura internazionale, da tempo, riconosce il ruolo del pediatra come particolarmente utile in questo settore di cultura della salute³. Con il consenso dei genitori o a richiesta dell'adolescente "maturo/a" (sul modello statunitense, dai 14 anni in poi) il pediatra potrà, con tatto e serietà, entrare, per esempio, nel merito:

- della prevenzione delle gravidanze indesiderate e delle malattie sessualmente trasmesse;
- del buon impiego del tempo libero;
- del consumo di droghe, di alcolici, ma anche dei rischi del fumo e dello scorretto impiego di farmaci (magari proposti come corroboranti-ricostituenti): si pensi ai deprecati dopanti, per il raggiungimento di modelli atletici del/della giovane...;
- della esortazione alla protezione dai rischi e dalle intemperanze cui, quasi fisiologicamente per una loro cronologica e connaturata tendenza a "eccedere", molti adolescenti si espongono⁴;
- della demonizzazione della magrezza come ideale estetico delle ragazze... e a serio rischio di produrre anoressia nervosa.

Un bambino e, in particolare, un adolescente, lasciati meno soli, esiterebbero di meno a decidere per le scelte meno a rischio.

Sic est in votis: la responsabilità è di tutti noi. È della società degli adulti.

Bibliografia

1. Vegetti Finzi S, Battistin AM. *A piccoli passi*. Milano: Mondadori 1994:20.
2. Cassidy RC. Tell all the truth? *Shepherds, Liberators, or Educators*. In: Cassidy RC, Fleischman AR (Eds). *Pe-*

diatric Ethics. From Principles to Practice. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1996. Ripreso da: Burgio GR, Notarangelo LD. La comunicazione in Pediatria. Milano: UTET-Periodici, 1999:34-6.

3. Burgio GR, Marinello R. Comunicare con l'adolescente. *Medico e Bambino* 2002;21:545-7.

4. Burgio GR. La complessità fisiologica dell'adolescenza. *Occhio Clinico Pediatria* 2002;6:5-6.

ADVOCATUS DIABOLI

FRANCO PANIZON

I filosofi scolastici, gli *scholaires* di Parigi, Tomaso e Abelardo, ma anche, nel loro altrove, i *rabbi* commentatori della Torah, passavano il tempo a disputare. La disputa era l'esercizio dialettico che permetteva ai disputanti di approfondire il proprio pensiero, di esercitare la logica, e forse, forse, forse (chissà quante volte forse) ad avvicinarsi alla verità. In loro memoria mi sono permesso di tentare una disputa con il mio cugino più vecchio, Roberto Burgio e con il mio cugino più giovane, Luigi Notarangelo, non forse per cercare la verità, quanto per introdurre il veleno del dubbio.

La disputa è nata dentro di me, nel vedere, detti da altri, i pensieri che a volte anch'io ho formulato. Parla dunque a nome mio un bastian contrario che è dentro di me e che si rivolta contro me stesso. Non per caso questo bastiano era, ed è, chiamato *advocatus diaboli*.

Primo tempo L'introduzione. «Se le nostre autorità politiche fosse aperte e sensibili a questi problemi, non dovrebbero far fatica a capire che nessuna categoria di medici più di quella dei pediatri è in grado di produrre cultura della salute per la società».

È vero? Come si potrebbe dire che non è vero? Mi accade spesso di citare una frase fulminea di Sergio Nordio: «La pediatria è per sua natura alla radice della bioetica». Dunque il pediatra è per sua natura una sentinella del bene pubblico. Ma veramente, i pediatri, lo sanno? Voglio dire: hanno maturato davvero questa consapevolezza, e orientano la loro azione quotidiana nel senso di produrre salute? Davvero curano nel modo giusto (non intendo chiedendo l'esame giusto, oppure dando il farmaco giusto, ma essendo giusti essi stessi)? E i poveri politici, sia pace alla loro anima anche se non lo meritano, quanto si meritano il rimprovero velato che quella frase comporta? Non hanno istituito loro la figura del pediatra di famiglia? Non hanno riempito la terra di reparti pediatrici? Non hanno inventato i crediti formativi? Cosa crediamo di poter chiedere a un politico? Di riformare la pediatria? Se la pediatria ha bisogno di cambiare (e chi non ne ha bisogno?), deve trovare l'ispirazione dentro se stessa.

Secondo tempo Il repertorio del quotidiano. Gli argomenti inerenti a questa cultura sono i più svariati. Anch'io mi sono esercitato più di una volta a fare l'elenco e a calcolare il costo (minimo) e l'efficacia (a volte facilmente misurabile, a volte incommensurabile) di tutti gli interventi preventivi semplici e benedetti dalla "evidenza" che il pediatra può (deve) effettuare. Bastano per riempirgli l'agenda, ma bastano anche per riempirgli la vita? Anch'io, un tempo, ho pronunciato una frase fulminea (e forse non

vera): «La prevenzione è noiosa». E la pediatria, ridotta a prevenzione, ha il suo lato esasperante. Non c'è dubbio che tutti gli atti sottesi dall'elenco siano in realtà atti dovuti, ed è ragionevole pensare che il pediatra li abbia già passati dall'agenda al repertorio operativo. Ma la cultura della salute ha un versante avvelenato, che è fatto della paura della malattia. Non c'è fine al bisogno di sicurezza (che è percezione di uno stato di insicurezza) delle persone e delle famiglie. Se la promozione della salute fosse basata solo sul principio di paura, o anche soltanto sul principio di precauzione, il medico si troverebbe a operare in direzione opposta al suo fine originale: liberare dalla paura.

Terzo tempo *Cosa ti piacerebbe fare da grande?* «...nel dialogo che, secondo l'età del bambino, ... potrà aver luogo in modo diretto tra il bambino, già dalla prima età scolare, e il suo pediatra, quest'ultimo potrà sottoporre - di tanto in tanto - gli stessi quesiti».

Forse questo è il punto che mi ha dato più perplessità. Guardandomi indietro, penso che io non ho parlato quasi mai con i bambini, o solo quelle volte in cui percepivo, dalla storia clinica, un loro problema da risolvere "clanicamente" (un bullismo o un abuso subiti, una malattia fittizia, una fobia sociale, una depressione, una infelicità). Ho sempre pensato, anche senza pensarci, che il mio referente fosse il genitore; che io parlavo a lui direttamente o attraverso il figlio e che parlavo al figlio attraverso il genitore. Che lavoravo su un sistema di cui il bambino è forse il cardine, ma un cardine silenzioso. E che questo non voleva dire non trattare il bambino come persona, non cercare una comunicazione senza parole, o quasi senza parole, uno sguardo nello sguardo, un sorriso, un saluto diretto, e anche qualche domanda diretta per la comprensione "clinica" e qualche suggerimento personale. Ma mai (e mi domando ancora perché, davvero, avrei dovuto?) ho pensato di chiedergli: Cosa farai da grande? Questa domanda l'ho fatta solo a uno dei miei tre figli e solo a una delle mie nipoti (risposte: "il maestro" e, rispettivamente, "l'attrice"; risposte perfettamente in linea con le loro personalità, risposte non dialogiche ed esaustive, perché il bambino parla assai poco con un adulto che non sia la sua mamma). È vero che le poche volte che esprime un pensiero compiuto, questo pensiero è rivelatore: ma è davvero giusto voler entrare nel suo privato, di cui nemmeno lui, il bambino, è bene al corrente? Non sarà un'intrusione forzata? Saper parlare con il bambino rappresenta una discriminante tra un buon pediatra e un cattivo pediatra? Avevo un amico che diceva che il pediatra che non parla con il bambino è un veterinario. Ma del veterinario si dice poi che parla con i cani, e dei cani si dice che gli manca solo la parola. Si intende dunque che anche senza parole ci si parla. E avevo un altro amico che diceva che è il cattivo pediatra quello che parla con il bambino, per sembrare buono. Penso che la verità stia nel mezzo. Personalmente, devo riconoscere di esser stato solo un buon veterinario, ma spero anche un veterinario buono.

Quarto tempo *Adolescenza e pediatria.* «Comunicare con l'adolescente... è pedagogia della quale la società ha assoluta necessità, e la letteratura inter-

nazionale da tempo riconosce il ruolo del pediatra come particolarmente utile in questo settore di cultura della salute».

Certo. Ma ho due obiezioni: una filosofica e sessantottina e l'altra pratica e filisteica.

La prima è suggerita da un sospetto: perché mai la società considera necessario comunicare con l'adolescente? La società gerontocratica e avida, che ha rotto il patto generazionale, sente forse il bisogno di "tener buono" l'adolescente, di fargli accettare i suoi valori (non commentiamo) e di consentire ai vecchi di tagliare l'erba sotto i piedi dei giovani. O non avrebbe piuttosto bisogno, la società, di un adolescente che la faccia rinsavire?

La seconda obiezione si divide a sua volta in due parti, complementari: a) Quanti anni sono che parliamo del pediatra e dell'adolescente, e quanti adolescenti consultano il pediatra? b) Quanti pediatri visitano gli adolescenti, e quanti conoscono le malattie fisiche dell'adolescente, e i suoi problemi concreti, e sanno davvero "parlare" con lui?

Ecco, cari cugini, la mia chiacchiera da caffè è finita. Avete diritto a una replica. Siate pure cattivi: siamo seduti al caffè.

DIRITTO DI REPLICA

Due rapidi pensieri sull'approccio iniziale alla "disputa" della quale siamo grati al cugino perché, invece di lasciar correre il nostro articolo verso una più o meno partecipe lettura, lo richiama all'attenzione critica, «...non forse per cercare la verità, quanto per introdurre il veleno del dubbio».

Per fortuna vi è una massima giuridica che, recitando «*in dubio pro reo*», evidenzia un effetto salvifico (e non velenoso) del dubbio. D'altronde, sempre in tema di dubbio, nella disputa si parla anche di «cercare la verità». Ricordiamoci allora di "padre Dante" che decretò «a piè del vero il dubbio».

E siamo venuti alla pedagogia (pediatrica, si intende) cui - in fondo - il nostro articolo "comunicazione e crescita" intendeva dedicarsi.

Per ordine di argomenti e di argomentazioni veniamo anche noi a replicare in 4 tempi (e 4 temi).

Primo tempo La sensibilità, come tale, delle autorità politiche nei confronti dell'infanzia non è stata messa in dubbio nel nostro articolo. Da gran tempo va, anzi, riconosciuta e lodata. Una "Commissione per l'infanzia", di istituzione parlamentare, lavora egregiamente per il bene dei bambini.

È, viceversa, il pieno riconoscimento da parte della classe politica circa le capacità potenziali dei pediatri e in questo senso del loro impiego, a consentire, se mai, qualche riflessione. E la ribadiamo, ancorché molto sobriamente: i pediatri sono i medici che più di altri possono fare cultura della salute per la società.

Ma possiamo dire davvero che questa società valorizzi appieno la figura del pediatra? Nessuna nostalgia e nessun rimpianto da parte nostra per la vecchia figura del medico scolastico, che, del resto, di solito, era un igienista e non un pediatra. Mentre il coinvolgimento attivo (didattico anche in maniera non tradizionale, ma pedagogico e comu-

nicativo) di un pediatra nella scuola potrebbe molto contribuire al benessere fisico, mentale e sociale dei bambini e delle famiglie. In fin dei conti, caro cugino, si parla al bambino anche per parlare ai genitori; anzi, spesso convince di più i genitori una parola, un messaggio lanciato al bambino che non una frase diretta a loro.

Questo era il senso del nostro coinvolgimento dei politici... che oltretutto non sostengono a pieno e ovunque il diritto all'assistenza pediatrica del bambino dai 6 anni in avanti.

Con vari interrogativi si chiude il primo tempo della "disputa" che non erano da parte nostra oggetto alcuno "di richiesta": non abbiamo chiesto niente a nessuno. Intendevamo solo proporre, anche ai politici, i pediatri come medici particolarmente qualificati "nel produrre cultura" per la società. Tuttavia, ancora una precisazione su una domanda. Nella disputa ci si chiede: «Non hanno istituito loro (i politici) la figura del pediatra di famiglia?». In realtà l'hanno accettata e poi sancita; ma è stato il Direttivo della Società Italiana di Pediatria a proporla con calore e con personale impegno al Ministero della Salute (1978-79), dopo che esperienze-pilota in vari distretti del territorio nazionale avevano dato ottima prova sin dai primi anni Settanta. Oltretutto, forse, avendone qui l'occasione, non guasta ricordare che è stato lo stesso Direttivo (1976-79) a creare l'"Area pediatrica" e a includervi l'adolescenza. *Unicum suum*.

Secondo tempo Partiamo pure dal repertorio degli argomenti "nel quotidiano". Chi dubita che la pediatria di famiglia, la più direttamente operativa sul campo, non debba "nel quotidiano" onorare il repertorio degli argomenti che abbiamo esemplificato (sia pure telegraficamente) e chi dubita della necessità che questa nostra pediatria stia assolutamente al passo con il "nuovo della cultura nel quotidiano" per poterlo opportunamente e debitamente gestire e far conoscere...

Certo, "liberare dalla paura della malattia" è un traguardo ideale e assai difficilmente raggiungibile. Questo, almeno in senso assoluto, è, se vogliamo, ideale. Ma anche generalizzare questo limite (questa "incapacità medica") è pericoloso, perché sviliremmo la medicina nella sua più benefica funzione e nel suo progresso: curare per far guarire sempre più e sempre meglio. Sviliremmo il valore delle prevenzioni, degli adempimenti "nel quotidiano" di esse. Allora, se bene abbiamo interpretato la filosofia di questo "secondo tempo" della disputa, vorremmo tentare la replica cercando di vincere la paura e di farla vincere (con la debita cultura delle prevenzioni) piuttosto che coltivare di fondo una angosciante paura. Dopo tutto, anche la paura può essere "sana": non è forse vero che proprio dalla paura della malattia nasce la prevenzione? Il problema è un altro: mantenere questa paura nel "razionale", sconfiggerla nell'"emozionale" (aderiamo peraltro, così, a un input bioetico), utilizzarla, al meglio, per promuovere comportamenti atti a mantenere il benessere.

Terzo tempo È quello "che ha dato più perplessità", in quanto, nella sua vera essenza, riguarda il dialogo pediatra-bambino piuttosto che, soltanto, il dialogo pediatra-genitori.

Il coinvolgimento attivo del bambino (si capisce non

del lattante né di quello ancora in età del gioco, o della scuola materna, ma di quello dell'età scolare e oltre) nei suoi problemi (argomenti, vicende) di salute fa parte ormai ammessa e accettata del buon rapporto medico/paziente pediatrico.

Ci chiediamo: come potrebbero i pediatri fungere anche da "educatori" (vedi box) se non coltivassero per scelta, fin da quando il bambino ha l'età di riceverlo, uno stile dialogico? Ma anche prima, con il lattante o con il bambino in età del gioco, il pediatra "deve" saper comunicare, con modalità non verbali (ovviamente). Chi di noi ricorda, di quando era bambino, figure di medici "freddi", incapaci di sollecitare la nostra fiducia? Li avremo anche incontrati forse, anzi probabilmente li abbiamo incontrati, ma li abbiamo comunque dimenticati.

In realtà, personalmente, abbiamo sempre cercato di dialogare con il bambino ("in visita", in Ospedale e non). Fra l'altro riteniamo che il coinvolgimento di esso possa agevolare la sua confidenza (e fiducia) verso il suo pediatra, favorendo in prospettiva il rapporto pediatra/adolescente. In una retrospettiva delle nostre attività crediamo che questa precoce apertura al dialogo sia vincente. Sarà molto difficile cominciare a dialogare con l'adolescente se è stato negletto un certo dialogo con il bambino... di poco prima.

Ma è una questione di stile e lo stile, anche quello professionale, nasce un po' dentro di noi; ognuno ha il proprio, e se, a livello poi di autocritica, ritenesse che un certo dialogo possa essere sentito come irrispettoso della privacy o «come un'intrusione un po' forzata», potrà ovviamente privilegiare la scelta del non-dialogo (almeno «al di fuori di uno specifico problema clinico»). Personalmente siamo a favore dell'altro versante, in quanto ci pare che dialogare anche con il bambino in grado di collaborare sia il primo essenziale gradino nella costruzione della sua «autostima». E il traguardo non è da poco.

Semmai su un punto può valere la pena di soffermarsi: non è tanto (o non è solo) importante quello che si dice, ma anche "come" lo si dice. Più in generale, è importante "il modo di essere" e di "esserci" del pediatra davanti e con il bambino, saper offrire al bambino un esempio e a questo esempio sollecitare i genitori. Perché «le parole ammoniscono, gli esempi trascinano» (Giovanni Paolo II). Ed è proprio quello che il cugino ha voluto dirci, crediamo.

Quarto tempo Ci verrebbe anzitutto, anche qui, di parlare di "traguardo", nel rispetto di una solidarietà reciproca tra pediatra, adolescente e società. Le osservazioni formulate nella disputa (quelle filosofiche e quelle pratiche) che in realtà sollecitano dubbi sulle possibilità del pediatra di essere di concreto ausilio per l'adolescente rivestono una forte valenza di stimolo e come tali ci permettiamo di "girarle" ai Colleghi. Personalmente, crediamo che un pediatra, nel dedicarsi anche all'adolescente, si realizza nel suo ruolo professionale, da un canto, e, dall'altro, può contribuire a limitare la solitudine che tanto spesso scoraggia l'adolescente e le difficoltà che questo affronta nella costruzione della sua identità personale... ancora una volta, della sua autostima.

PS: Dimenticavamo: grazie per il caffè!