

Dialogo con la sociologia: quando il bambino si ammala

Sergio Davico, Paolo Fiammengo, Gianni Garrone, Paola Ghiotti, Chiara Guidoni, Antonietta Innocenti Torrini, Patrizia Levi, Lia Luzzatto, Maria Merlo, Monica Montingelli, Paolo Morgando, Gianna Patrucco, Ivo Picotto, Danielle Rollier

Gruppo ACP Ovest

This second dialogue with the Sociology is the result, as the previous one (The pediatrician in the face of new children, new parents, new educational problems, *Quaderni acp* 2015;4:185-8), of the comparison of the ACP Group West (ACPO) with the sociologists Anna Rosa Favretto and Francesca Zaltron and the two investigations that followed. It concerns the behavior and the difficulties of parents when the child is ill and shows the considerations made on the paediatrician's role and critical issues that the group want to share and on which would like to start a discussion within the ACP.

Questo secondo dialogo con la sociologia è frutto, come il precedente (Il pediatra di fronte ai nuovi bambini, ai nuovi genitori, ai nuovi problemi educativi, *Quaderni acp* 2015;4:185-8), del confronto del gruppo ACP Ovest (ACPO) con le sociologhe Anna Rosa Favretto e Francesca Zaltron e delle due ricerche che ne sono seguite*. Esso riguarda i comportamenti e le difficoltà dei genitori quando il bambino è malato e riporta le riflessioni maturate sul ruolo e su alcuni nodi del lavoro del pediatra che il gruppo desidera condividere e sulle quali vorrebbe avviare una discussione all'interno dell'ACP.

Una lettura sociologica

Il percorso da salute a malattia

Chi percepisce un malessere lo può considerare, almeno per un certo tempo, quasi fisiologico, qualcosa cioè di trascurabile o con cui si può convivere. Inizialmente tenta di dargli un senso attingendo alla sua filosofia di vita, alle sue esperienze di salute e malattia, alle sue conoscenze di medicina (può pensare, per esempio: "È lo stress; è che sto invecchiando; è l'aria condizionata; è che ho sudato; è che ho mangiato male; è l'inquinamento"). Queste "spiegazioni" influenzano il suo stesso modo di percepire il malessere, di parlarne con altri e, di conseguenza, il suo modo di affrontarlo, immaginandone il decorso e l'esito.

Può aspettare che il disturbo passi da solo, oppure può utilizzare rimedi "popolari" provenienti da saperi comuni (riposo o al contrario movimento, stare al caldo, fasciare, miele, tisane, aria di mare o di montagna ecc.) o anche rimedi di parafarmacia, magari propagandati dai media, o ancora medicine che gli sono già state prescritte per disturbi simili.

A un certo punto però comincia a considerare il malessere inquietante, un possibile sintomo più o meno allarmante e decide di andare da un esperto.

Può scegliere di consultare qualche medico di medicina cosiddetta alternativa, oppure il medico di base, il medico privato, il Pronto Soccorso o lo specialista. Il percorso dal sentirsi sano al sentirsi malato non è dunque preventivamente

delineato e uguale per tutti. Esso, al contrario, è segnato da vari step (ognuno dei quali apre alternative) che si succedono quando il paziente avverte che è stata superata una certa "soglia", un limite oltre il quale il malessere deve essere affrontato in modo differente. Tutto il complesso percorso che conduce dalla percezione di un malessere al sospetto di trovarsi di fronte a un sintomo, e poi all'individuazione di una patologia, alla cura e alla guarigione si costruisce all'interno della cultura dell'epoca, che definisce ciò che è normale e ciò che è patologico (vedi per esempio il differente modo di considerare, nelle varie società, l'obesità, l'iperattività, l'omosessualità, la masturbazione ecc.) e il modo di affrontarlo.

Si costruisce inoltre con l'apporto, in ogni passaggio, di numerose fonti di informazione (media, internet) e di numerosi personaggi (parenti, amici, persone rilevanti per il paziente) fra i quali, naturalmente, noi medici.

La malattia (cioè l'essere considerato, e il viverci, come malato) non è, dunque, un'esperienza solo organica né solo individuale, ma è un'esperienza costruita socialmente.

Il percorso da salute a malattia quando il paziente è un bambino

Il percorso dal malessere alla malattia alla guarigione è più complesso quando si tratta di bambini, cioè quando esso è di fatto mediato in vari modi dai *care givers*. L'autopercezione dei bambini e la loro capacità di segnalare i disturbi si strutturano nella relazione con gli adulti.

Ce ne accorgiamo, per esempio, di fronte a bambini che riferiscono cefalea o dolori addominali. Il loro malessere diventa un sintomo nel momento in cui è "preso sul serio" dai genitori. Oppure di fronte a quei bambini che, quando stanno male, chiedono di essere portati "dal dottore", dimostrando di avere appreso quali disturbi sono di pertinenza dei genitori e quali del medico.

* La prima ricerca dal titolo: "Genitori, bambini e pratiche quotidiane di cura. Il ruolo della pediatria nella costruzione delle rappresentazioni della genitorialità adeguata", è pubblicata sul sito: www.acpdell'ovest.it. Si tratta di una ricerca pilota, qualitativa, effettuata nel 2010 con interviste a genitori e pediatri, volta, attraverso l'analisi delle pratiche quotidiane relative a sonno, alimentazione e malattia, a cogliere quali sono le rappresentazioni di buon genitore e quale ruolo ha il pediatra nella loro costruzione. La seconda ricerca dal titolo: "Alla scoperta delle competenze infantili. I saperi e le pratiche dei bambini e degli adulti nei percorsi di salute e malattia", è pubblicata in: Favretto AR et al. *Mamma, non mi sento tanto bene*. Roma, Donzelli, 2013. Si tratta di una ricerca pilota, qualitativa, effettuata nel 2012 con interviste a genitori, pediatri, insegnanti e bambini, volta a cogliere cosa pensano i bambini quando si ammalano e quale ruolo viene loro assegnato all'interno della relazione terapeutica.

Le ricerche

I risultati delle ricerche^{1,2} ci aiutano a chiarire alcuni aspetti della costruzione del percorso salute-malattia dei nostri pazienti.

Le figure di riferimento: familiari e amici

Le mamme della prima ricerca parlano di numerosi personaggi, madri, zie, amiche, che forniscono loro pareri e consigli e che concorrono con loro a individuare la soglia oltre la quale un malessere deve essere preso in seria considerazione.

La ricerca, dunque, non conferma ciò che spesso pensiamo: che le mamme, nell'attuale famiglia nucleare, siano sole e non sostenute dall'esperienza e dal sapere dei "vecchi".

La difficoltà delle madri sembra un'altra: quella di orientarsi fra vari pareri spesso contrastanti e di prendersi la responsabilità della scelta finale (box 1). Sembra di capire che ai genitori di oggi manchi, dunque, non tanto l'accesso ai saperi comuni quanto la fiducia in essi, considerati frutto di una esperienza troppo scarsa, basati su una cultura antiquata e non aggiornata, facilmente in contrasto fra loro e facilmente fallibili (box 2).

Notiamo che in questa ricerca le pochissime mamme che citano la rete come possibile risorsa sembrano utilizzarla più a scopo informativo che orientativo.

Le figure di riferimento: i pediatri

Il sapere pediatrico gode di grande fiducia: se il singolo professionista non li convince, i genitori in genere non cercano rimedi alternativi, ma si rivolgono a un altro pediatra (Pronto Soccorso, privato); quando in famiglia esistono pareri contrastanti, il medico è interpellato come arbitro autorevole il cui parere mette fine a ogni discussione (box 3). I genitori considerano il pediatra non solo il tecnico che può fare diagnosi e terapia, ma un punto di riferimento importante con il quale co-costruire il benessere del figlio. Per questo desiderano trovare in lui la disponibilità ad accogliere, sdrammatizzare e contenere le loro ansie (box 4a); a insegnare come far crescere bene il figlio (box 4b); ad avere un rapporto personalizzato e aperto al dialogo (box 4c); a instaurare una buona relazione con i bambini (box 4d).

Quando la relazione con il pediatra non è soddisfacente, raramente i genitori discutono il problema con lui, consci dell'asimmetria di potere fra medico e

box 1

Molteplicità di attori e responsabilità decisionale

"Mio marito era a lavorare, c'era mia suocera che insisteva da una parte, mia mamma dall'altra". "Il brutto è che c'è la mamma, c'è la zia, la sorella, ma quando faccio una scelta la faccio io da sola, ed è difficile, io posso rischiare di sbagliare su di me, ma non su mio figlio [...] è pesante questa cosa".

box 2

Saperi comuni

"Ben vengano i consigli, ma se poi fai parlare troppo la mamma, la nonna, diventa un casino unico". "Quando ero bambino mi tenevano sotto le coperte. Il medico ha detto che può anche uscire. I genitori hanno esperienza, ma di 20-30 anni prima, le cose sono cambiate. Senz'altro il pediatra è la persona più indicata".

box 3

Il pediatra arbitro autorevole

"Ho detto più volte a mia madre di non fare questa cosa, che non andava bene. Se la bambina non si tirava su è perché non è pronta e non le fa nemmeno bene alle gambine. Quando mia madre ha detto questa cosa alla pediatra, la pediatra ha detto le stesse cose che avevo detto io. E non ci eravamo parlate! Mi sono sentita molto soddisfatta e l'intervento è servito".

box 4

Le aspettative dei genitori nei confronti del pediatra

(a) *"La mia pediatra, anche quando la chiamiamo per telefono, è sempre disponibile, ti calma le paure, ti dice subito cosa darle e mi dice che se l'indomani il bambino non sta meglio, glielo posso portare". "Se il bambino non è grave, ma si accorge che sono io che sono tesa, mi dice di portarglielo e questa cosa mi fa molto piacere".*

(b) *"Siamo rimasti delusi. Quando si diventa genitori un conto è leggere, un conto è avere il bambino. Pensavamo di avere più istruzioni, si fa così ...".*

"Alcune volte mi sarei aspettata un consiglio, un parere più esaustivo su qualcosa [...] perché una mamma ha bisogno, vuole sapere tutto, vuole diventare medico con tutte le informazioni che ci idanno loro". "Forse ci metterei qualcosina in più, soprattutto quando sono piccoli, nello spiegare le cose al genitore, poi sono d'accordo che se non mi dici niente è perché sta crescendo bene, sta facendo tutto quello che deve fare, però tante volte mi rendo conto che non so neanche quello che dovrebbe fare".

(c) *"Il medico dovrebbe avere l'umiltà e la professionalità per avvicinarsi a me. Lui deve arrivare abbastanza vicino perché io lo possa capire". "A volte noi genitori ci accorgiamo di cose che un altro non vede".*

(d) *"I bambini sono contenti quando vanno dal pediatra. Tra il pediatra e mio figlio c'è un rapporto di complicità, è stato capace di conquistare la sua fiducia. Quando lo visita, non è che gli sente il cuore, gli tiene la mano, lo accarezza".*

"Della mia pediatra mi piace il rapporto con il bambino molto attento, molto delicato. Portavo mia nipote dalla sua pediatra e la maneggiava come un oggetto".

paziente. Più spesso o cambiano medico o limitano il rapporto ("Credo che lo sappia che l'allatto la notte, ma non è un nostro argomento").

Il ruolo del bambino durante la visita

Le due ricerche esplorano il ruolo assegnato al bambino durante la visita, cioè quanto il bambino è messo al centro della relazione terapeutica oppure ai suoi margini. I pediatri si comportano

in modi molto differenti fra loro: c'è chi relega il bambino in disparte, occupandosi di lui solo durante l'esame obiettivo e parlando quasi solo con i genitori; chi privilegia il rapporto con il bambino e, se solo fosse possibile, farebbe volentieri a meno delle mamme; chi coinvolge sia i genitori che il bambino; chi parla con il bambino prevalentemente per conoscere i sintomi o per ottenerne la compliance; chi si preoccupa anche di come il bambino vive la visita (box 5). Questi diversi modi di porsi di fronte al bam-

bino hanno alla loro radice diversi modi di considerarlo. Chi lo mette al centro della relazione terapeutica lo considera un soggetto competente, capace di partecipare attivamente (anche se a suo modo) al processo di co-costruzione del percorso salute-malattia; chi lo relega ai margini lo considera prevalentemente un corpo “muto” (cioè senza voce sociale), da accudire, diagnosticare e curare (sia pure con interesse e partecipazione). I bambini, raccontando le loro esperienze con il pediatra, confermano l'esistenza di approcci differenti. Alcuni, non coinvolti nella visita, percepiscono con chiarezza la loro esclusione e se ne lamentano (box 6).

Riflessioni

La sfiducia nei saperi comuni

La diffusa sfiducia dei genitori nei saperi comuni, che riempie gli ambulatori di bambini con patologie banali, ha radici complesse, ma è anche in parte alimentata dai pediatri. Ricordiamo tutti alcune “invasioni di campo” della Pediatria, per esempio nell'ambito della nascita, dell'allattamento, dello svezzamento, che hanno sostituito, squalificandole, pratiche e saperi comuni. Solo recentemente i pediatri (anche se non tutti!) stanno rivalutando il cosiddetto “istinto materno”, le capacità naturali dei bambini, la saggezza di molti saperi comuni. Libri, riviste, materiale divulgativo, “consigli” rispondono a una crescente domanda dei genitori i quali, nella nostra società sempre più tecnologica, cercano negli esperti le ricette per far crescere bene i propri figli.

Con questi contributi, però, pur se spesso di alto livello scientifico e volti all'*empowerment* dei genitori, i pediatri non fanno altro che proporre quello che le sociologhe chiamano un “mandato impossibile”. Da una parte chiedono alla famiglia di essere autonoma e di fidarsi dei saperi comuni, dall'altra di essere pienamente inserita nel modello medico (per esempio per quanto riguarda la puericultura, la valutazione di gravità di un disturbo ecc.). Solo essendone consapevoli si può cercare di risolvere questa ineliminabile contraddizione almeno in parte, con un lavoro individuale, fitto e continuo, di co-costruzione con il paziente dell'approccio a salute e malattia. L'approccio sociologico conferma che questo non è un compito aggiuntivo e opzionale, ma è una parte essenziale e

box 5

Che cosa pensano i pediatri

“Non esiste un pediatra che possa rivolgersi direttamente al bambino; il bambino per definizione non ha ancora capacità, come si dice, di intendere e di volere, allora ovviamente la madre ti dà l'anamnesi, ti dà la raccolta dati e ti dice cosa ha il figlio.”

“Sa quante volte le zittisco! Quanti anni hai? Sette e mezzo. Ma l'ho chiesto a lei, signora? Vai bene a scuola? Sì, è bravissimo. Ma signora, le ho appena chiesto di stare zitta. Io mi rivolgo molto al bambino perché è lui il mio paziente. Già subito dal lattante, io concentro la mia attenzione sul bambino, poi posso fare delle domande, però già da lì, anche se non parla ...”

“È chiaro che non puoi sempre basarti solo sul bambino, hai bisogno di sapere anche dai genitori, ma spesso è possibile rivolgersi al bambino per sapere molte cose”.

“Non voglio che il bambino pensi: sono solo un pacco che la mamma porta dal pediatra, parlano loro dei miei problemi e di quello che passa per la mia testolina a nessuno gliene importa niente. Questo offende il suo amor proprio, e quindi il coinvolgerlo, man mano che cresce, è importante”.

box 6

Che cosa pensano i bambini (V elementare)

“Appena entriamo mia mamma gli dice che cosa ho avuto e per quanti giorni, poi gli dice se sto bene, se non sto bene, che cosa ho fatto a casa e dove ho male e mi mette su quella specie di sdraio e mi visita e dopo il dottore parla con mia mamma e le dice quali medicine devo prendere”.

“Parla sempre con tutti e due perché a me chiede le cose e poi le dice a mia mamma che poi gli chiede quale medicina deve prendere”.

“Ti dà l'impressione che lui parla ma è come se noi non ci fossimo. Tu pensi: guarda che io ci sono, mica sono ignorante, saprò delle cose su di me, poi se non le so, chiedile a chi mi accompagna”.

“È il bambino che sente che cosa ha, non è la mamma che lo può sapere”.

“Dovrebbe parlare con noi, perché siamo noi che stiamo male, è a noi che deve dire che cosa hai, come ti senti, abbiamo il sentimento di capire”.

costitutiva del lavoro del pediatra, legata alle caratteristiche della nostra società.

La co-costruzione

La co-costruzione con i pazienti del percorso salute-malattia-salute è il tessuto del lavoro del medico³, un'esperienza così comune e quotidiana che in genere non viene nemmeno percepita e sulla quale raramente si riflette e ci si confronta.

Ci si accorge della sua importanza quando essa manca (per esempio con un bambino già grande e prima non conosciuto, oppure consultati da un familiare mai prima incontrato). Ci si sente allora in difficoltà perché ... “è tutto da costruire”. Nel processo di co-costruzione il medico porta le competenze sulla patologia (*disease*) ma anche i suoi modelli di medico (per esempio paternalista o negoziatore, coinvolto o distante ecc.), di salute (bio-medica o bio-psico-sociale⁴, molto dipendente da scienza e tecnica o più flessibile e aperta per esempio ad “altre” medicine ecc.), di bambino (prevalentemente competente o prevalente-

mente bisognoso di protezione ecc.). Il paziente porta anch'egli i suoi modelli di medico, di salute, di bambino, e porta inoltre le competenze sulla sua malattia (*illness*)⁵, cioè sul suo vissuto, sulla sua esperienza di malattia.

La *illness* comprende tante cose, e chi si è occupato di *counseling* o di medicina narrativa lo sa bene: cosa il paziente ritiene che l'abbia fatto ammalare, le sue idee sul funzionamento dell'organismo e dei farmaci, le sue precedenti esperienze, dirette o indirette, di malattia, la previsione delle conseguenze che la patologia avrà sulla vita sua e della sua famiglia.

La co-costruzione avviene certamente all'interno di un rapporto di potere. Il medico ha il grande potere che gli deriva dalla scienza e dal ruolo di guaritore.

Il paziente però spesso si ripositiona all'interno del rapporto avanzando richieste (per esempio di un maggiore ascolto, di maggiore attenzione a un sintomo, di meno o più esami e medicine ecc.) o mettendo in campo il suo potere difensivo: quello di decidere quando utilizzare il medico, quanto affidargli di se

stesso. Può utilizzare il medico in modo minimale per svariati motivi: perché non si sente capito; perché non si fida; perché desidera solo avere la diagnosi e ricorrere poi a rimedi di medicina alternativa; perché il medico propone un modello di salute o di malattia troppo differente dal suo (per esempio dà troppi o troppo pochi farmaci); perché, banalmente, l'orario di ambulatorio è scomodo ecc.

Il processo di co-costruzione con la famiglia del percorso salute-malattia non avviene solo in modo esplicito, nel dialogo su un problema di salute, ma avviene in moltissimi modi impliciti, per esempio attraverso le regole stabilite per l'accesso alle prestazioni, il tempo lasciato al racconto dei genitori, lo spazio che viene riservato alla prevenzione, la maggiore o minore disponibilità a occuparsi di aspetti psico-pedagogici, il valore che viene dato o non dato a certi sintomi, l'uso che viene fatto dei farmaci, il tipo di rapporto che si instaura con il bambino.

1. Le soglie

Le soglie (cioè, come detto sopra, i limiti oltre i quali il malessere deve essere affrontato in modo differente) segnano numerosi passaggi nel percorso salute-malattia (per esempio quello dall'automedicazione al ricorso al medico, del momento nel quale un sintomo diventa significativo o allarmante ecc.).

Ci sono pazienti con soglie molto basse (che sottraggono tempo prezioso richiedendo l'intervento medico per banalità); altri, più rari, con soglie pericolosamente alte (che possono indurre in errore mascherando la gravità di certe situazioni). Le differenti soglie riflettono la sensibilità individuale del paziente, le sue esperienze precedenti e ciò che è accettato come segno di salute o malattia nella macro e micro-cultura nella quale è immerso.

Ci sono differenze anche fra medici nell'individuazione di alcune soglie. Le soglie concordate dalla comunità scientifica (basate su evidenze scientifiche e definite da protocolli o da linee guida) lasciano scoperta l'ampia area grigia in cui si muove il medico extraospedaliero che finisce per doversi "creare", in molti ambiti, soglie personali.

Queste sono legate alle sue conoscenze scientifiche, ma anche al suo temperamento (più o meno fiducioso e sicuro), alle sue esperienze di vita e professionali (per esempio la morte di un paziente), al suo desiderio, medicalizzando molto

i problemi, di legare a sé il paziente ecc. Sono legate, inoltre, ai suoi modelli di bambino, di medico, di salute e malattia. Alcuni medici dunque propongono soglie più basse, altri più alte, lasciando maggiore spazio all'automedicazione e all'autonomia.

Ci sono molte differenze anche su come si co-costruiscono le soglie con i nostri pazienti. Alcuni cercano di co-costruirle in modo assiduo e costante, fin dalla prima visita, considerando questa attività una parte fondamentale del lavoro, un modo di trasmettere cultura. Altri si adattano alle soglie dei pazienti, rispondendo in modo quasi automatico alle loro richieste.

I pazienti cercano, quando possono, medici con soglie e modelli simili ai propri. In questi casi, in effetti, è molto più facile che si crei un clima di fiducia reciproca. Quando soglie e modelli, invece, divergono molto, sorgono spesso grandi difficoltà, tanto che le revoche dei pazienti sono molto più spesso legate a soglie e modelli differenti da quelli del medico che non a sospetti di scarsa competenza.

Modelli e soglie molto differenti a volte rendono difficile anche il dialogo fra colleghi (per esempio fra ospedalieri e medici di famiglia) soprattutto quando questo esce dall'ambito strettamente scientifico.

È rara l'occasione di confrontarsi apertamente sulle soglie e sui modelli di ognuno. Il confronto su questi temi all'interno del gruppo ACPO, stimolato da questi rilievi, si è rivelato molto interessante e arricchente perché ha permesso di mettere in luce orientamenti di base verso i pazienti e le malattie di cui non sempre si è consapevoli.

2. Il coinvolgimento del bambino

Nella Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia, nel Codice deontologico (in particolare nella sua ultima versione) e in letteratura è sottolineato il diritto del bambino a essere ascoltato, informato e coinvolto nelle decisioni che riguardano la sua salute. Le pubblicazioni che affrontano come questo coinvolgimento possa e debba concretamente avvenire nella pratica riguardano solo alcune patologie croniche (tumori, asma, diabete), e quasi mai la pediatria di famiglia^{6,7}.

In ambito ACPO si è così iniziato un lavoro di gruppo, volto a confrontarsi e a osservare con maggiore precisione quanto avviene in ambulatorio⁸.

In accordo con il risultato della ricerca, molti coinvolgono il bambino nella prima parte della visita (al momento dell'accoglienza in studio e dell'anamnesi), molto meno nella seconda parte (al momento della formulazione della diagnosi e dell'indirizzo terapeutico). Inoltre i dialoghi del pediatra con il bambino sono orientati più spesso a ottenerne la *compliance* che non a cogliere il suo vissuto di malattia e a rispondere anche alla domanda di salute sua, e non solo a quella dei genitori. Un maggior coinvolgimento del bambino sarebbe desiderabile, secondo il gruppo, per alcuni motivi:

- fare della visita un'occasione per il bambino di crescita, di autonomia, di responsabilizzazione;
- fare cultura. Il messaggio dato al piccolo paziente: "so che sei in grado di capire" arriva anche ai genitori, offrendo loro un modello di relazione rispettoso del bambino e delle sue competenze;
- aiutare i bambini a stare meglio. Ciò può essere particolarmente utile, per esempio, quando i genitori sono in difficoltà a parlare con il figlio della sua malattia o a cogliere il suo vissuto (cosa gli è particolarmente difficile o doloroso, come vede il suo futuro ecc.)⁹ o quando è particolarmente importante una maggiore assunzione di responsabilità da parte del bambino rispetto alla sua salute (per esempio quando deve cambiare stile di vita);
- far comprendere ai bambini che siamo una possibile risorsa per loro. È forse possibile che, imparando a sentirsi dalla loro parte, possano pensare, in caso di bisogno (per esempio in adolescenza) di poterci interpellare direttamente per avere un aiuto.

Coinvolgere di più il bambino nella seconda parte della visita non è ancora automatico e presenta numerose difficoltà. Sono cruciali:

- il tempo;
- l'attenzione. Di fronte a un problema complesso (dal punto di vista medico o relazionale), impegnati su numerosi altri fronti, è facile dimenticare il bambino;
- la capacità di resistere, in certi casi, alle pressioni dei genitori. Alcuni di essi infatti vogliono avere al più presto una risposta per loro e, almeno in un primo momento, sembrano non tener conto dell'impatto sul bambino del problema di salute;

- la capacità di saper cogliere cosa al bambino interessa soprattutto sapere, che vuol dire condurre la visita pensando non solo alla *compliance* del bambino, ma anche alla sua *illness*;
- la capacità di dialogo con il bambino. Non è semplice, per esempio, scegliere sempre tono e linguaggio giusti, saper valutare volta per volta le competenze del bambino e quindi quanto coinvolgerlo, parlare con certi bambini poco abituati in famiglia a essere considerati interlocutori;
- la consapevolezza che ogni intervento del pediatra entra in equilibri familiari consolidati e che, per esempio, occorre molta attenzione quando i genitori sembrano non gradire il coinvolgimento del bambino, quando il bambino stesso sembra non desiderare un rapporto diretto con noi o quando il nostro intervento può suonare come una sconfessione dei genitori.

Il tema, così quotidiano, centrale e interessante, del ruolo del bambino durante la visita pediatrica dovrebbe essere più frequentemente oggetto di confronto e discussione fra pediatri e avere un posto più rilevante nel dibattito riguardante la cura pediatrica.

Corrispondenza

merlomaria@alice.it

Gli Autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

1. Favretto AR, Zaltron F. Genitori, bambini e pediatri: le rappresentazioni della genitorialità adeguata nella relazione terapeutica. *Quaderni acp* 2013;(20)3:109-12.
2. Favretto AR, Zaltron F. Mamma, non

mi sento tanto bene. La salute e la malattia nei saperi e nelle pratiche infantili. Donzelli, 2013.

3. Bert G, Quadrino S. Parole di medici, parole di pazienti. Il Pensiero Scientifico Editore, 2002.

4. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Scienze* 1977;196:129-36.

5. Pizza G. Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo. Carocci, 2005.

6. Drigo P, Verlato G, Ferrante A, Chiangetti L. Il silenzio non è d'oro. Piccin, 2011.

7. Luciano E. La comunicazione di diagnosi ai bambini malati e ai loro fratelli. *Quaderni acp* 2013;(20)4:161-5.

8. Merlo M. La condivisione con il bambino del percorso di cura. *Medico e Bambino* 2013;(32)4:264-8.

9. Guidoni C, Nave E, Geninatti Neni G, et al. Giacomo è acondroplastico e sta pensando all'allungamento degli arti. *Quaderni acp* 2013;(20)5:232-5.

Lino Vanini, pediatra di periferia

Lino Vanini ci ha lasciato a metà ottobre 2015. Si raccontava come “un pediatra di periferia”. In effetti era primario a Chiari, periferia di Brescia, ma era persona di grande cultura che a Chiari aveva creato un reparto di alto livello e con una ottima organizzazione interna. Era stato negli anni '60 uno dei migliori allievi del Collegio Ghislieri di Pavia e a Pavia aveva incontrato, appena specializzato, Franco Panizon quando vi si era trasferito da Ferrara con il suo direttore, il prof. Sartori, e gli “otto pediatri pellegrini” come Franco scrive su *Pediatri e Bambini*.

Raccontava Panizon, al congresso dell'ACP di Vicenza, che a Pavia in clinica si faceva di tutto, si era insomma dei generalisti e “questo Vanini” compariva ogni volta che entrava un caso da cui si poteva imparare: un coma diabetico, una meningite, un reumatismo articolare acuto, un prematuro di 1000 grammi, un esantema balordo. Lui era lì con il suo grande fiuto per i casi importanti e con la sua grande memoria e la sua intelligenza matematica.

Lino diceva che non sapeva se alla matematica lo aveva introdotto il *bridge*, in cui rivestiva un livello internazionale, o la diagnosi differenziale. Siamo stati insieme a parecchi congressi. Lui commentava le relazioni con grande acutezza, ma non interveniva nella discussione. Finita la sessione, cercava Franco Panizon, con il quale dall'ammirazione era arrivato a una grande confidenza, per discutere con lui; come a continuare quel rapporto instaurato a Pavia e per lui durato appena tre anni, ma erano stati i tre anni più fruttiferi della sua vita.

Dopo la pensione aveva “salutato la pediatria”, ma era rimasto un lettore di *Quaderni*. Spesso chiamava per osservazioni sulle quali eravamo d'accordo o in disaccordo, ma erano sempre puntuali. La chiamata era sicura per gli editoriali di politica sanitaria. Aveva militato nel vecchio PCI e aveva “rischiato” di diventare senatore. Ma non c'è mai stato modo di fargli scrivere una riga; glielo ho rimproverato fino ai suoi ultimi giorni di vita.

“Era per fare quattro chiacchiere e soprattutto per tenere sveglio il cervello”.

Giancarlo