

***Genitori, bambini e pratiche quotidiane di cura.  
Il ruolo della pediatria nella costruzione delle rappresentazioni della  
“genitorialità adeguata”***

a cura di  
Anna Rosa Favretto  
Università degli Studi del Piemonte Orientale

Francesca Zaltron  
Università degli Studi di Padova

Rapporto di Ricerca

Torino, maggio 2010

## INDICE

### I PARTE

1. Uno sguardo di insieme
2. Salute e malattia come significanti sociali
3. Il senso della salute e della malattia, la costruzione della genitorialità e le pratiche del quotidiano
4. Obiettivi della ricerca
5. Strumenti e metodi
6. Campionamento e caratteristiche socioanagrafiche dei genitori intervistati

### II PARTE

#### **1. Le pratiche quotidiane e la costruzione dei saperi: il sonno e l'alimentazione**

- 1.1 Il sonno
  - 1.1.1 Ritualità, regole e conflitti legati all'addormentamento e al sonno
  - 1.1.2 Profili dell'adeguatezza genitoriale nell'intreccio tra saperi esperti e di senso comune
- 1.2 L'alimentazione
  - 1.2.1 Criteri di scelta e regole di consumo del cibo
  - 1.2.2 I conflitti tra genitori e figli intorno al cibo
  - 1.2.3 I conflitti tra i *care giver* intorno al cibo

#### **2. La salute e la malattia**

- 2.1 Individuare la malattia
- 2.2 I sintomi della malattia
- 2.3 Il timing
- 2.4 Le pratiche di cura
  - 2.4.1 Chi cura?
  - 2.4.2 Le cure
- 2.5 La trasformazione delle pratiche quotidiane
- 2.6 "Curare": il sapere esperto e i saperi di senso comune
  - 2.6.1 Il sapere esperto
  - 2.6.2 I saperi di senso comune
  - 2.6.3 Saperi esperti e saperi di senso comune: negoziazione e co-costruzione della cura

#### **3. La relazione con il pediatra**

- 3.1 I criteri della scelta
- 3.2 Le valutazioni sul ruolo e sull'operato del pediatra
  - 3.2.1 "Mi piace perché...": le valutazioni positive
  - 3.2.2 Disaccordi e valutazioni negative
- 3.3 Il "dover essere": i consigli ai pediatri

#### **4. La costruzione della genitorialità adeguata: il punto di vista dei pediatri**

- 4.1 Genitori "adeguati", genitori "inadeguati"
  - 4.1.1 L'adeguatezza genitoriale
  - 4.1.2 L'inadeguatezza genitoriale
- 4.2 Genitorialità adeguata e negoziazione terapeutica
  - 4.2.1 Sapere esperto in campo pediatrico e saperi di senso comune
  - 4.2.2 Le funzioni attribuite ai saperi di senso comune
  - 4.2.3 Sapere esperto e medicalizzazione della vita quotidiana
- 4.4. Il ruolo del pediatra
  - 4.4.1 Percezione del proprio ruolo, competenze e funzioni
  - 4.4.2. La negoziazione terapeutica

### Conclusioni

### Bibliografia

## Introduzione

Nel dibattito internazionale e nelle Convenzioni che hanno per tema i diritti dei minori si riconosce al bambino, anche se in tenerissima età, lo statuto di soggetto attivo e competente nel contribuire a costruire i propri percorsi di crescita e il proprio benessere.

Tra i diversi diritti di cui i minori sono ritenuti titolari come soggetti attivi, vi è il diritto alla salute che deve necessariamente tener presente un nuovo modo di intendere l'ascolto dei bisogni e dell'espressione delle opinioni dei bambini per tutto ciò che attiene gli interventi che li riguardano (ONU, 1989).

Per raggiungere tale ambizioso obiettivo, è necessario, innanzitutto, maturare una riflessione sulle pratiche che caratterizzano la vita quotidiana degli adulti nelle loro interazioni con i bambini, al fine di individuare quanto sia presente in esse la consapevolezza del rispetto del ruolo attivo che anche i più piccoli possono svolgere nella costruzione dei propri percorsi di salute.

Le pratiche di cura per il mantenimento del benessere e dello stato di salute del bambino, così come le pratiche volte a curare gli stati di malessere e di malattia, costituiscono un insieme in cui si intrecciano le rappresentazioni relative all'infanzia, alla genitorialità adeguata, alla salute e alla malattia, all'interazione tra i saperi esperti di tipo medico, e pediatrico in particolare, e i saperi di senso comune.

Attualmente non sembra particolarmente diffusa, sia nei saperi esperti di tipo medico, sia nei saperi di senso comune, la consapevolezza del ruolo attivo svolto anche dai più piccoli nel definire, secondo modalità consone alle differenti età, i significati attribuibili al proprio "stare bene" e al proprio "stare male" (Alderson, Montgomery, 1996; Lewis, 1983). Viceversa, le attenzioni che sono loro rivolte si orientano verso una definizione del bambino sofferente come "corpo malato", e per questo oggetto di grandi attenzioni, ma non come soggetto partecipe in modo attivo alla costruzione delle pratiche che riguardano la salute, l'individuazione della malattia e della cura.

In altri ambiti, quali quelli dell'educazione e delle pratiche di cittadinanza, questo mutamento di prospettiva è stato avviato da tempo e ha dato origine a interessanti risultati (Baraldi, Maggioni, Mittica, 2003).

Il presente lavoro intende offrire un contributo all'esplorazione della centralità del bambino, inteso come soggetto attivo, nel campo delle rappresentazioni sociali della salute e della malattia, riconoscendo che questo tema investe necessariamente, a monte, la ridefinizione del dover essere genitoriale e la ridefinizione delle competenze pediatriche riguardanti gli aspetti relazionali.

Ed è a questi importanti temi, intesi come pre-requisiti per il mutamento di prospettiva, che il lavoro è dedicato.

## I. PRIMA PARTE

### 1. Uno sguardo d'insieme

I legami familiari in epoca contemporanea sembrano sempre più sottoposti a una costante opera di trasformazione verso nuove definizioni della struttura e dei contenuti che fondano le relazioni in famiglia. Questi processi di cambiamento non sono del tutto nuovi, da sempre ciò che definiamo “famiglia” è soggetto a una variegata molteplicità di forme e strutture, tanto da preferire un uso plurale del termine – famiglie – per spiegarne il mutamento nel corso del tempo (Saraceno, Naldini, 2001). Tuttavia, ciò che sembra verificarsi nelle nostre società odierne è la maggiore importanza attribuita all'individualità e alla scelta, che conferisce ai soggetti una sorta di diritto/dovere nel tracciare la propria biografia personale (Beck e Beck-Gernsheim, 1990) e che si riverbera nella tenuta e consistenza dei legami familiari, sempre più caratterizzati da fluidità e frammentarietà.

Queste trasformazioni hanno le proprie radici nei mutamenti di ordine strutturale che hanno investito le società contemporanee (innalzamento dei tassi di scolarità, trasformazione e ingresso delle donne nel mercato del lavoro, diminuzione dei tassi di fecondità, crescente urbanizzazione, per citarne alcuni), le quali influiscono nei cambiamenti che riguardano le strutture familiari (diminuzione dei tassi di fecondità, aumento dei divorzi, innalzamento dell'età alla nascita del primo figlio) e le relazioni che le caratterizzano (maggiore parità di genere, importanza attribuita alla dimensione intima della relazione, ricerca di reciprocità affettiva).

La relazione di genitorialità si colloca all'interno di questi mutamenti; infatti, l'esperienza materna e paterna si coniuga oggi con i concetti del desiderio, della scelta, dell'amore e del rispetto per la natura del bambino (de Singly, 1996). In particolare, la centralità attribuita al bambino come soggetto, frutto di una scelta che diviene valore e bene in sé, costituisce uno degli elementi più pregnanti dell'avvenuta trasformazione della genitorialità contemporanea. Il riconoscimento della soggettività infantile è figlio di una svolta epistemologica la quale, attraverso il coinvolgimento e la sinergia di ambiti disciplinari diversi, permette di approdare all'idea di infanzia come categoria socialmente e culturalmente costruita (Ariés, 1960) e al riconoscimento del bambino come soggetto competente e attivo nel dar forma al suo percorso di crescita (James, Prout, Jencks 2002, Corsaro, 2003, Hengst e Zeiher, 2004). Questo nuovo statuto di infanzia e di competenza infantile trasforma i contenuti e la direzione del processo di socializzazione cui sono chiamati i genitori. Il compito educativo degli adulti non è più semplicemente chiamato a modellare il bambino secondo norme, valori e atteggiamenti conformi alla generazione di cui i genitori sono parte, quanto piuttosto quello di porsi al servizio e all'ascolto del bambino per permettergli di esprimere le proprie potenzialità e capacità. Il compito trasmissivo dei genitori non perde di rilevanza, ma si accompagna sempre più ad un'opera di sostegno e “svelamento del sé” infantile riconosciuto nella sua unicità e valore (de Singly, 1996), di cui centrale è la promozione dell'autonomia come meta e processo da sostenere.

Due sembrano essere gli aspetti cruciali di questo nuovo mandato educativo: il primo riguarda la difficile relazione tra autonomia infantile e autorità genitoriale; il secondo concerne la pluralità di agenzie e saperi educativi che insieme ai genitori concorrono a definire i contenuti del processo di cura e di crescita del bambino.

Attraverso il primo, si crea una tensione nel conciliare la funzione di ascolto e il sostegno all'espressione del sé con l'esercizio dell'autorità attraverso il quale orientare il percorso di crescita. In uno spazio in cui a tutti i membri deve essere garantita la possibilità di esprimere e sperimentare se stessi, le decisioni non possono essere assunte secondo uno schema rigidamente gerarchico. La mediazione spesso utilizzata è l'adesione a forme di negoziazione delle regole, piuttosto che la pretesa all'obbedienza. Attraverso il secondo, emerge come i contenuti di ciò che è “meglio” e più adatto al bambino per promuoverne la crescita sono sempre meno radicati in un sapere trasmesso per via generazionale (Saraceno, 2003), e sempre più il frutto di una “contaminazione” tra agenzie educative (scuola, medici, psicologici) che, attraverso l'erogazione di saperi differenti, concorrono a formare le rappresentazioni sociali della genitorialità, cui attingono gli stessi genitori per dar

forma alle proprie rappresentazioni e ai propri comportamenti in merito alla relazione con i figli. Il quadro che si presenta è estremamente variegato e complesso, dove risulta evidente l'impossibilità di fornire definizioni certe sui contenuti e sulle forme dei legami familiari in generale e genitoriali, nel caso specifico. Allo stesso tempo, si configura difficile prevedere un'unica direzione di sviluppo proprie perché le forme del "fare famiglia" sono sottoposte a contaminazioni diverse i cui esiti possono differenziarsi.

Da quanto affermato, sembra necessario avvicinarsi a queste relazioni sociali utilizzando categorie e strumenti capaci di catturare e connettere la complessità che dà loro forma. In particolare, ci sembra importante rilevare e comparare tra di loro le rappresentazioni che conferiscono significato alla genitorialità prodotte da tutti gli attori coinvolti in questo processo (genitori, medici, insegnanti) con le pratiche che madri e padri concretamente nel loro agire quotidiano mettono in atto per dare forma ai processi di cura e crescita dei loro figli. La scelta di concentrarsi sulle pratiche di cura quotidiana permette di afferrare il modo in cui gli individui "fanno famiglia" (Morgan, 1999; Silva e Smart, 1999), ossia di comprendere come viene costruita e definita l'individualità del bambino attraverso le norme e i comportamenti che ne regolano i processi di crescita e, allo stesso tempo, come si trasforma e muta il ruolo di madri e padri nella divisione e gestione quotidiana della cura verso il figlio.

I contenuti complessivi di che cosa significhi per il soggetto essere madre o padre, prende forma nell'intreccio dato dal convergere e divergere tra piano delle pratiche e quello delle rappresentazioni.

Un ambito particolarmente significativo per l'analisi delle pratiche quotidiane in relazione alle rappresentazioni genitoriali - che si compongono nella rielaborazione di saperi trasmessi tra le generazioni, di saperi esperti, di saperi provenienti dalle reti sociali prossime e dai media - è sicuramente costituito dagli elementi che appartengono al nucleo di costrutti psicosociali riguardanti l'idea di salute e di malattia, di benessere e di malessere dei bambini. Tali costrutti si collocano tra i fondamenti delle funzioni genitoriali riguardanti la "cura" dei piccoli, intesa in senso ampio, in quanto è proprio ai genitori che nella nostra società viene demandato il ruolo di *care giver* - che comprende il "prendersi cura" e il "curare" gli stati di malattia - per i propri figli bambini, adolescenti e giovani adulti.

Il sapere esperto delle scienze pediatriche concorre, dunque, con altri saperi esperti, non soltanto alla costruzione del nucleo delle rappresentazioni inerenti le pratiche del quotidiano relative alla salute e alla malattia dei bambini e dei ragazzi, ma anche a fornire alcuni elementi valoriali e normativi propri delle rappresentazioni della genitorialità ritenuta adeguata e competente secondo i canoni più attuali, confermando, in tal modo, il ruolo sociale che l'ha contraddistinta fin dai suoi albori (Vicarelli, 2006). E' proprio a tali saperi che i genitori di oggi possono rivolgersi per comporre una parte importante dei modelli di genitorialità a cui ispirarsi, modelli che, com'è noto, soffrono di grande indefinitezza e appaiono sempre più compositi e talvolta privi di coerenza interna.

## **2. Salute e malattia come significanti sociali**

In questa complessa composizione delle rappresentazioni della genitorialità adeguata, dunque, le pratiche per il mantenimento del benessere dei bambini e dei ragazzi, per l'individuazione dello stato di malattia e per la riacquisizione dello stato di salute assumono centrale importanza. Non si intende, qui, fare specificamente riferimento agli aspetti psicologici che vengono chiamati in causa nella relazione tra genitori e figli durante i periodi di malattia di questi ultimi, quanto ad aspetti di ordine sociale che concorrono alla formazione e al mantenimento del significato che possono assumere lo stato di benessere e di salute, di malessere e di malattia, nelle pratiche quotidiane di cura verso i piccoli e nella costruzione delle rappresentazioni della genitorialità adeguata proprie dei

genitori e proprie di un sapere esperto dotato di grande forza definitoria in questo campo, quello dei medici pediatri.

In questa prospettiva di lavoro, un utile strumento concettuale di riflessione può pervenire dallo sguardo antropologico e sociologico sulla salute e sulla malattia. A partire dagli studi pionieristici condotti in Francia, possiamo intendere la malattia come una metafora per mezzo della quale vengono resi espliciti i rapporti tra gli individui e la società (Augé, Herzlich, 1986). La malattia viene intesa, in questo senso, come un significante sociale in quanto rappresenta l'oggetto di discorsi che coinvolgono, e contemporaneamente strutturano, l'ambiente in senso ampio, ossia l'ambiente relazionale, culturale, economico, ecc..

La malattia non viene dunque intesa come un'esperienza individuale, così come non viene intesa come un'esperienza che possiede connotazioni esclusivamente organiche. E', piuttosto, un'esperienza molto complessa, legata a norme, valori, pratiche che danno forma sia alla percezione che ne hanno il soggetto malato e la sua rete sociale, sia alla pratica terapeutica (Laplantine, 1988), anche quando essa, come avviene nelle società occidentali, segue la "razionalità strumentale" propria delle scienze mediche.

In particolare, la definizione di benessere e di malessere, di salute e di malattia, e i comportamenti e le pratiche a essa corrispondenti, sono legati, in questo senso, non soltanto alle manifestazioni organiche dei corpi sani o sofferenti, quanto, e in modo preponderante, al senso del rapporto tra l'agire individuale e l'agire collettivo e alla costruzione dell'ordine sociale complessivamente inteso. Riflettere sulle rappresentazioni e sulle pratiche relative alla salute e alla malattia permette di acquisire informazioni sulle differenti logiche di vita presenti nei soggetti e nei diversi gruppi sociali, al differente senso che essi attribuiscono alle pratiche di vita quotidiana, senza dimenticare che è proprio a partire da queste logiche che essi interpretano e comprendono la salute, la malattia, le cure.

In particolare, Pierret (1986) ricorda che è possibile accedere alle rappresentazioni e ai concetti di salute e di malattia presenti nei vari gruppi sociali analizzando, in particolare, le pratiche corporali relative all'igiene, all'alimentazione, al lavoro, all'ambiente e anche all'educazione, alla crescita e allo sviluppo dei figli.

Divengono, dunque, centrali, nella strutturazione di un rapporto terapeutico che si voglia particolarmente efficace, innanzitutto la consapevolezza delle caratteristiche che assume, per il soggetto sofferente, per chi si occupa di lui e per la loro rete sociale, l'attribuzione di senso allo stato di salute e di malattia e alle pratiche corrispondenti. In secondo luogo, la consapevolezza del ruolo definitorio svolto dal sapere medico, necessariamente negoziato con altri poteri definitivi presenti nella società, e la consapevolezza del senso che il professionista conferisce ai singoli sintomi e ai singoli stati di salute e di malattia.

Un primo campo esplorativo che si apre a partire da questa prospettiva è sicuramente rappresentato dalla trasformazione, soggettivamente e socialmente intesa, dallo "stato di malessere" in "stato di malattia", una trasformazione che si fonda sulla concettualizzazione della non identità tra malessere e malattia. Tale trasformazione si realizza lungo un percorso accidentato, co-costruito in ambito relazionale, mai attuato dall'individuo in modo isolato anche quando attiene a soggetti adulti e consapevoli di sé.

La non identità tra stato soggettivo di malessere e stato di malattia porta con sé due conseguenze importanti anche per il presente lavoro. Innanzitutto, permette di apprezzare la rilevanza che "malessere" e "malattia" rivestono per la percezione che il soggetto ha di sé, così come per la percezione che la società ha di lui. Malessere e malattia non indicano realtà tangibili, quanto l'applicazione esperienziale di modelli interpretativi del rapporto che esiste tra i differenti aspetti costitutivi di un fenomeno complesso, lo "stare male": aspetti biologici, psicologici, culturali. Questi modelli permettono di "dare senso" all'esperienza dello stare male, ossia influenzano il modo di percepire i sintomi, di nominarli, di attribuire loro una causa, di immaginare un decorso, di ipotizzare esiti, di costruire aspettative su di sé e sul comportamento degli altri (Kleinman, Eisemberg, Good, 1989; Good, 2006). Questi modelli interpretativi, presenti in ogni cultura e perciò

altamente differenziati tanto quanto lo sono diverse culture, “mettono a disposizione” modi socialmente approvati e comprensibili ai consociati di essere malati e di essere sani e di esprimere il proprio “non sentirsi bene”. In questo senso, non soltanto la malattia, ma anche la percezione del “non sentirsi bene” assumono senso secondo costruzioni culturali molto complesse, non essendo atti di pura autoevidenza biologica.

Quali sono gli elementi che contraddistinguono il passaggio dall’auto-percezione dello “non stare bene” allo stato di malattia? Si tratta di una domanda centrale, nell’economia del nostro lavoro: come vedremo tra breve, questa costruzione risulta ancora più complessa se riguarda l’infanzia in quanto per i bambini l’auto-percezione, ancora culturalmente incerta e scarsamente esprimibile in ragione dell’età precoce, viene mediata dalla percezione dei *care giver*, e in particolare dei genitori. Nei processi di interpretazione degli stati di malessere e di malattia dei piccoli, processi atti a offrire cure e a ripristinare lo stato di benessere e salute, essi contestualmente trasmettono ai piccoli i fondamenti culturali dell’auto-percezione dei segnali di salute e di malattia. In altre parole, gli adulti, prendendosi cura del mantenimento della salute e degli stati di malattia dei bambini, insegnano loro a quali segnali del corpo prestare maggiore attenzione e perché, mostrano quali tra questi segnali siano indice di malattia e quindi idonei a essere trasformati in sintomi, evidenziano quali, tra essi, siano trattabili in ambito extramedico, e in che modo, e quali siano meritevoli dell’attenzione del medico. Inoltre, sono proprio i *care giver* a partecipare, in funzione dei piccoli loro affidati, alla co-costruzione sociale del percorso che conduce dallo stato di malessere alla malattia, alla gestione della malattia stessa, al trattamento e alla guarigione, e sono essi gli attori principali della negoziazione con gli altri sapere esperti, in un complesso gioco di conferme e disconferme dell’adeguatezza della loro genitorialità.

La seconda conseguenza che porta con sé il riconoscere l’esistenza di una non identità tra stato soggettivo di malessere e la malattia riguarda il considerare la “malattia” come il risultato di una complessa operazione che compie un gruppo sociale nell’ambito di quella che gli studiosi definiscono la “costruzione sociale” della malattia stessa (Laplantine, 1988; Ingrosso, 1994; Neresini, 2001), percorso nel quale vengono selezionati i sintomi da ritenere patologici e le rappresentazioni sociali che costituiscono i modelli interpretativi del sapere medico che divengono dominanti. Ciò conduce, da un lato, alla formazione di mappe cognitive coerenti che danno la possibilità al soggetto di interpretare in modo comunicabile, quindi oggettivabile, il proprio stato, dall’altra di svalutare modelli interpretativi non selezionati come dominanti nei particolari gruppi sociali. Il fatto che non siano dominanti, tuttavia, non significa che non siano presenti e, all’occorrenza, utilizzati.

Un secondo campo esplorativo utile per il nostro lavoro, possibile a partire dall’idea che la malattia sia un significativo sociale, riguarda le relazioni esistenti tra modelli interpretativi utilizzati e le cure ritenute adeguate e, soprattutto, praticabili. Le domande sottese a questa relazione riguardano altre relazioni, che conducono immediatamente alle rappresentazioni dell’ordine del mondo espresse secondo il linguaggio delle coppie concettuali benessere/malessere, salute/malattia. Si apre, così, un ulteriore campo di osservazione della co-costruzione del senso della salute e della malattia nella relazione terapeutica: il rapporto tra medico e paziente, il quale è costituito dall’applicazione negoziata di modelli interpretativi che possono divergere o anche soltanto parzialmente coincidere. I terapeuti, nel momento in cui determinano la cura, contestualmente applicano al malessere individuato un determinato modello interpretativo e nel fare ciò negoziano con i pazienti, e direttamente o indirettamente con la loro rete sociale, una determinata “realtà medica” (Kleinman, Eisenberg, Good, 1989). Si determina, così, la “costruzione culturale della realtà clinica”, ossatura del rapporto tra medico e paziente, che potrebbe essere definita una “negoziiazione terapeutica” intesa in senso ampio (Neresini, 2001; Bert, Quadrino, 2003). Tale rapporto, inoltre, è reso ancora più complesso da variabili di ordine strutturale, le quali determinano, come noto, differenti possibilità di accesso ai servizi di salute (Balduzzi, 2009) e differenti probabilità di fruirne pienamente.

La ricerca e l'analisi sociologica hanno reso evidente che la "costruzione culturale della realtà clinica" intesa in senso negoziato risente non soltanto della fiducia esistente tra medico e paziente, e della capacità comunicativa di entrambi, ma anche della più generale crisi della fiducia nel sapere medico, divenuta tratto distintivo del paziente post-moderno; tale crisi pare essere frutto sia delle difficoltà in cui si dibattono la medicina e i paradigmi delle scienze biomediche, nonostante gli eclatanti ed evidenti successi, sia, soprattutto, del ruolo più attivo riconosciuto ai pazienti, oggi sempre più acculturati e "informati" (Neresini, 2001).

Il rapporto tra medico e paziente è stato anche proficuamente concettualizzato come "sistema medico", ossia come il portato organizzato della combinazione tra saperi profani e saperi professionali. La negoziazione tra saperi medici professionali e saperi profani non avviene, ovviamente, in un vuoto relazionale, ma è incardinata nel senso attribuito agli stati di salute e di malattia, nonché alle singole cure, dalle reti di riferimento del paziente, definite da Freidson (1960) come "strutture di riferimento profane", e dalle reti di riferimento del medico. Ancora secondo Freidson (1960), le strutture di riferimento profane producono nozioni cognitivamente organizzate, definibili come "sistema di riferimento profano", mentre il medico utilizza un "sistema di riferimento professionale", differente in tutto o in parte da quello profano. Nel rapporto terapeutico il medico si trova a mediare tra il proprio sistema di riferimento e il sistema profano del paziente, in modo da poter negoziare al meglio le interpretazioni degli stati di malessere e di malattia e le soluzioni terapeutiche il più inscrivibili possibile, al contempo, nei due differenti sistemi.

Nell'economia del presente lavoro, pur accogliendo le importanti osservazioni di Freidson che hanno originato un utile sistema di classificazione, si ritiene preferibile utilizzare la coppia concettuale "saperi esperti" e "saperi di senso comune", in quanto essa permette di rendere conto della soltanto parziale organicità e strutturazione degli elementi che la compongono, e contemporaneamente permette anche di far emergere gli aspetti processuali che la determinano e la trasformano nel corso delle interazioni. Nel rapporto terapeutico, infatti, si realizza la co-costruzione di nuovo senso allo stato di malessere, ai sintomi, alla malattia, alla cura lungo un percorso i cui attori vanno ben oltre al medico e al paziente impegnati direttamente nella negoziazione terapeutica.

### **3. Il senso della salute e della malattia, la costruzione della genitorialità e le pratiche del quotidiano**

Molta letteratura si è accumulata in merito alle caratteristiche che possono evidenziarsi nel rapporto tra pediatra e genitori o principali *care givers* dei bambini. In questa sede intendiamo tuttavia limitarci a rilevare che la complessa costruzione di senso condiviso e negoziato nel rapporto terapeutico si complica laddove i pazienti siano minori, soprattutto bambine e bambini in tenera età. Ciò avviene non soltanto a causa della difficoltà incontrata dagli adulti nel comprendere le manifestazioni di malessere dei bambini, ma anche per ragioni strettamente relate a quanto finora argomentato. Infatti oltre alle conosciute difficoltà di comunicazione presenti nella relazione terapeutica (Bert, Quadrino, 2003), amplificate dalla presenza delle figure genitoriali nella relazione tra paziente-bambino e medico pediatra, è necessario porre l'attenzione ad almeno tre nodi critici che condizionano profondamente la co-costruzione di senso condiviso in ambito pediatrico.

Il primo riguarda il fatto, già accennato, che nel rapporto tra pediatra, piccolo paziente e genitori convergono e interagiscono tre importanti gruppi di rappresentazioni. Il primo gruppo rimanda alle rappresentazioni riferite alla salute, alla malattia e alla cura proprie dei sistemi di riferimento profani e dei sistemi di riferimento professionali, le quali rispondono soltanto in parte a quelle utilizzate per gli adulti. Ciò a causa della specializzazione del pensiero sociale in generale, e medico in particolare, che negli ultimi due secoli si è andata determinando a partire dal nuovo modo di intendere l'infanzia come bene in sé, meritevole di attenzioni, di considerazioni e di tutele specifiche. Secondo questa prospettiva di lavoro, le rappresentazioni della salute, della malattia e delle cure riferite all'infanzia potrebbero soltanto parzialmente sovrapporsi a quelle riferite agli



adulti sia per quanto riguarda i sistemi di riferimento professionali, sia per i sistemi di riferimento profani, obbligando, in tal modo, a una ulteriore, specifica fase istruttoria coloro che intendono occuparsi del rapporto terapeutico in ambito pediatrico. Il secondo gruppo si riferisce alle rappresentazioni della genitorialità, in particolar modo della genitorialità ritenuta adeguata, la quale è sottoposta oggi a continue tensioni trasformative che, come abbiamo avuto modo di rilevare, innescano processi di forte indeterminatezza riguardante il proprio statuto e le proprie funzioni. Il terzo gruppo rimanda alle rappresentazioni dell'infanzia così come si presentano oggi, che pur essendo caratterizzate da molteplicità, si strutturano intorno ad un nucleo interpretativo centrale: il bambino come bene in sé.

Il secondo nodo critico riguarda la funzione “normalizzatrice” della costruzione del senso della salute, della malattia e della cura, ossia la funzione di produzione e di mantenimento dell'ordine sociale inteso in senso ampio, che in ambito pediatrico influenza in modo sostanziale la costruzione della rappresentazione sociale della genitorialità ritenuta adeguata ed è a sua volta influenzato da tali rappresentazioni. Ciò si realizza sia a livello macrosociale, con il contributo del sapere medico alla determinazione collettiva delle caratteristiche della genitorialità adeguata, sia a livello microsociale, in particolare nella ricostruzione di senso attuata in uno specifico rapporto terapeutico dove giocano un ruolo fondamentale i giudizi morali espressi sulla genitorialità adeguata dei singoli genitori impegnati nel rapporto stesso. Ne costituisce un esempio l'importante studio realizzato da Ehrich (2003) sulla “inappropriatezza” delle domande rivolte alle istituzioni sanitarie britanniche per quanto riguarda le cure durante la prima infanzia. L'autrice dimostra in modo convincente che le domande di salute nascono e si manifestano in un complesso contesto relazionale in cui prevalgono giudizi di natura morale (natura morale intesa nel senso di valutazione normativa) su considerazioni di carattere scientifico. Inoltre, dimostra che questi giudizi si presentano frequentemente sotto la forma di argomentazioni di carattere scientifico. In questo senso, nel corso della sua ricerca Ehrich ha potuto rilevare che le domande vengono ritenute inappropriate dai medici soprattutto quando i genitori sono giudicati incapaci di gestire i piccoli problemi di salute dei propri bambini, e che tale giudizio è applicato soprattutto alle madri. Tuttavia, a fronte di campagne di informazione pubblica che sottolineano come i genitori dovrebbero essere preparati a trattare i piccoli disturbi dei figli in modo autonomo, utilizzando così una rappresentazione sociale di genitorialità adeguata come competente e in grado di tenere razionalmente conto delle indicazioni mediche generali, nella realtà dei fatti molte dimensioni morali-normative ed emotive sono incastonate nelle relazioni sociali che si costruiscono tra genitori, bambini e professionisti della salute, e danno forma alla stima di sé come genitore adeguato a “leggere” i sintomi e a comporre una diagnosi.

E' dunque in questa prospettiva, estendendo le considerazioni presenti nel lavoro di Ehrich all'ambito pediatrico più ampio, che possiamo ritenere il senso attribuito alla salute e alla malattia dei bambini, e in particolare il percorso co-costruito che conduce dal sintomo, alla malattia, alla cura, come “luoghi sociali” nei quali è possibile rintracciare una funzione normalizzatrice della genitorialità.

Il terzo nodo critico che condiziona la co-costruzione di senso condiviso nella relazione terapeutica pediatrica, riguarda le pratiche poste in essere dai genitori per il mantenimento della salute e per il superamento della malattia. Anche tali pratiche, che investono larga parte dell'agire quotidiano dei *care giver*, possono essere considerate un modo per esprimere la genitorialità adeguata nel campo della salute, ossia possono essere considerate un altro “luogo sociale” nel quale è possibile negoziare contemporaneamente sia la costruzione di senso attribuita alla salute e alla malattia (Pierret, 1986), sia la legittimità attribuibile alle singole rappresentazioni della genitorialità adeguata. In particolare, le pratiche relative all'igiene, all'alimentazione e al sonno condensano al loro interno molti degli aspetti relativi allo sviluppo cognitivo ed emotivo, valoriale e normativo riguardanti la crescita adeguata del bambino, intesa non soltanto in senso fisico, ma anche in senso emotivo e sociale. Inoltre, le pratiche risultano essere il palcoscenico più adeguato per osservare la

divisione del lavoro familiare, divisione che ha un rilievo importante nella costruzione dell'appartenenza di genere, elemento fondante il nostro vivere associato.

#### 4. Obiettivi della ricerca

Alla luce delle considerazioni precedenti, appare rilevante per la pratica medico-pediatrica sia promuovere la conoscenza degli elementi che compongono il nucleo delle più comuni rappresentazioni espresse dai genitori, riguardanti le pratiche quotidiane volte a promuovere lo stato di benessere dei figli e la cura della malattia, sia la conoscenza dell'utilizzo, da parte degli stessi genitori, del sapere pediatrico nella composizione delle proprie rappresentazioni dello stato di salute e di malattia dei bambini.

Parimenti, ampliando la prospettiva di osservazione, risulta importante conoscere quale mandato professionale i medici pediatri si autoattribuiscono in relazione all'influenza che essi ritengono di possedere nell'orientare le pratiche di cura e la costruzione delle rappresentazioni genitoriali sulla salute e la malattia e come interpretino e realizzino tale mandato.

Tali obiettivi generali appaiono declinabili in alcuni altri obiettivi di carattere particolare, quali:

- conoscere attraverso quali saperi e pratiche i genitori arrivino a definire il benessere dei bambini e le rappresentazioni di salute e di malattia, con particolare riferimento alla divisione dei compiti familiari tra genitori;
- conoscere le agenzie sociali che concorrono alla costruzione di tali definizioni e conoscere in quale rapporto esse si pongono (antagonismo, collaborazione, indifferenza, ecc...);
- conoscere le caratteristiche dei saperi di cui tali agenzie sono riconosciute legittime depositarie. Si tratta di *saperi di senso comune*, rintracciabili nelle pratiche quotidiane, e di saperi teorici, intesi come l'insieme di valori, aspettative, norme enunciate o implicite che si rielaborano a partire da contenuti trasmessi dai *saperi esperti*;
- conoscere le aspettative che i pediatri nutrono nei confronti dei genitori impegnati nei compiti di cura, i confini delle competenze che attribuiscono a se stessi e ad altri saperi esperti, le pratiche poste in essere per orientare il comportamento genitoriale.

#### 5. Strumenti e metodi

I temi centrali della ricerca, poc'anzi illustrati, sono stati indagati attraverso strumenti di rilevazione di carattere qualitativo, allo scopo di cogliere in modo adeguato contenuti e processi che danno forma alle rappresentazioni che genitori e pediatri esprimono in riferimento alle pratiche e ai saperi riferiti alla cura quotidiana volta alla promozione del benessere dei bambini, e a quelli che riguardano l'individuazione e la cura durante lo stato di malattia.

Lo strumento scelto è stato quello dell'intervista semistrutturata grazie alla quale si sono raccolte narrazioni di pratiche quotidiane e opinioni circa i saperi cui attingono madri e padri per assolvere il proprio compito di cura verso i figli.

Si è posta soprattutto attenzione a tre macro-aree tematiche: alimentazione, sonno, stato di malattia.

Le prime due costituiscono parte di quelle pratiche che, come suggerisce Pierret (1986), permettono di comprendere i significati attribuiti ai concetti di salute e di benessere colti nel loro farsi quotidiano, ossia attraverso un intreccio complesso che mescola interazioni e saperi volti sia all'esternazione dell'affetto, dell'intimità, della dimensione ludica, così come l'esercizio dell'autorità, fino al ricorso alle sanzioni, attraverso i quali i genitori e lo stesso bambino concorrono a costruire i significati di una crescita e di una genitorialità adeguata.

La terza area riguarda in modo più specifico gli obiettivi del presente lavoro, e intende ricostruire pratiche e saperi, nonché le loro modalità di costruzione e attuazione, grazie alle quali i genitori danno forma alle attribuzioni di senso circa lo stato di malessere, il passaggio a quello di malattia, la definizione della cura e le sue modalità di applicazione.

In particolare, la traccia di intervista è stata articolata nelle seguenti cornici tematiche:

1. *La collocazione delle pratiche di cura nella quotidianità.* E' il resoconto narrativo di una giornata feriale e di una festiva con lo scopo di cogliere, attraverso il distinto punto di vista di madri e padri, l'organizzazione temporale, spaziale e relazionale delle pratiche di cura ponendo attenzione alle differenze di genere
2. *L'alimentazione attraverso la narrazione di una cena.* Suddivisa in due parti: la prima riguarda la ricostruzione delle pratiche quotidiane al fine di comprendere i criteri di scelta e di preparazione del cibo, le regole che governano il consumo, l'oggetto e le modalità di trattamento dei conflitti con i figli grazie ai quali ricostruire i profili di autorità adulta, gli accordi e i disaccordi con le altre figure adulte che intervengono nei processi di crescita del bambino (parenti, amici, vicini, insegnanti, medici) in merito alla scelta e ai criteri di consumo del cibo. La seconda parte concerne invece la ricostruzione delle credenze e dei saperi collegati all'alimentazione cui attingono i genitori per dar senso al concetto di promozione del benessere infantile. Gli elementi raccolti in questa fase dell'intervista sono stati poi riproposti nella parte successiva, inerente gli stati di malattia, con il fine di comprendere se e in che misura intervengono delle variazioni, quanto l'alimentazione può divenire causa, rimedio oppure pratica da regolamentare e a quali saperi i genitori attingono per produrre questi cambiamenti.
3. *Il sonno e le pratiche di addormentamento.* Anche in questo caso la narrazione ha previsto una suddivisione tematica tra la ricostruzione delle pratiche quotidiane, con particolare attenzione alle regole, ai processi e ai conflitti alla divisione dei compiti tra i coniugi e quella relativa alle credenze e ai saperi che cui accedono e ritengono rilevanti madri e padri
4. *Gli stati di malessere.* E' stata richiesta la narrazione di due episodi, uno più grave e uno meno grave secondo il punto di vista dei genitori allo scopo di conoscere: com'è avvenuta l'individuazione del malessere/dello stato di malattia; quali soggetti/agenzie abbiano concorso alla sua individuazione; quali siano state le ragioni che hanno attivato l'intervento del medico; quali le aspettative precedenti all'intervento e il successivo giudizio sulla sua efficacia; quali pratiche quotidiane siano state poste in essere per "tradurre" in termini operativi l'intervento del pediatra; l'eventuale concorso e l'individuazione di altri soggetti/agenzie per realizzare tale "traduzione" applicativa. Oltre alla narrazione dei due episodi, anche in questo caso è stata ricostruita la mappa delle credenze e dei saperi collegati agli stati di malessere dei figli, ponendo particolare attenzione alle attribuzioni di senso relative alla gerarchizzazione degli interventi considerati più appropriati secondo il punto di vista di madri e padri, ossia: in quali occasioni si ricorre al proprio pediatra di base, quando a quello a privato, quando si utilizza il pronto soccorso e, infine, in quali occasioni un genitore è in grado di "cavarsela da solo".
5. *La relazione con il pediatra.* Individuazione della rete e/o degli strumenti culturali adottati per operare la scelta del medico; la valutazione dell'operato attraverso la narrazione di episodi che hanno generato soddisfazione oppure disaccordo e, in questo secondo caso, quali strategie siano state adottate per poterlo trattare; la ricostruzione delle domande che più frequentemente vengono poste al pediatra, con il fine di cogliere intorno a quali temi i genitori si sentano più dipendenti e ricerchino sostegno e orientamento per realizzare in modo "adeguato" le pratiche di cura e del prendersi cura. Infine, un'ultima domanda attraverso la quale si è chiesto ai genitori di "indossare" i panni di esperti e di spiegare ai medici che cosa dovrebbero sapere e fare per capire, ascoltare, sostenere un genitore nel suo compito.
6. *I dati socioanagrafici*

Le riflessioni emerse dall'analisi delle interviste hanno permesso di individuare alcuni nodi concettuali che hanno costituito l'ossatura dei temi che abbiamo sottoposto alla discussione critica da parte dei pediatri, grazie a un secondo strumento di indagine: i *focus group*.

Si è soprattutto posta attenzione a un aspetto, riguardante la percezione che i pediatri hanno, in quanto sistema esperto, di concorrere alla costruzione del concetto di genitorialità adeguata, facendo emergere pratiche e significati che contribuiscono a questa costruzione.

A questo primo tema se ne collega un secondo che chiama direttamente in causa l'attribuzione di competenza o di inadeguatezza di un genitore, secondo il punto di vista del medico. Si crea un continuum che prevede idealmente ai due poli due modalità di comportamento che rispondono ai criteri di maggiore adeguatezza fino a quelli di inadeguatezza genitoriale.

Per indagare queste dimensioni, sono stati utilizzati all'interno dei focus alcuni "casi-stimolo" riguardanti concrete pratiche quotidiane di cura, su cui lasciare innescare la discussione. In particolare, abbiamo predisposto tre casi:

1. un caso di conflitto tra medico e genitore, che si attiva nel momento in cui il pediatra attua un intervento terapeutico considerato inadeguato alle aspettative del genitore
2. il caso dell'individuazione di uno stato di malattia da parte del medico, la cui diagnosi e i cui rimedi terapeutici sono re-interpretati dal genitore
3. il caso di modalità contrastanti relative al mantenimento dello stato di benessere del sonno di un bambino da parte di due madri

## 6. Campionamento e caratteristiche socioanagrafiche dei genitori intervistati

La tabella successiva sintetizza le variabili considerate rilevanti per l'oggetto e gli obiettivi del presente lavoro, a partire dalle quali si è definito il campione riferito ai genitori.

E' opportuno sottolineare che la presente ricerca si configura come ricerca pilota che non ha la pretesa di rappresentatività. Il suo obiettivo generale è l'esplorazione di temi ancora poco trattati all'interno delle discipline afferenti al campo della sociologia della salute. Lo stesso campione è stato costruito secondo criteri che non rispondono a quelli della rappresentatività statistica, ma di saturazione delle variabili considerate significative per rispondere agli obiettivi del lavoro.

Nella sua strutturazione ideale il campione prevedeva 40 genitori (16 madri e 16 padri in nucleo bigenitoriale e 8 madri in nucleo monogenitoriale) di bambini compresi tra 1 e 3 anni d'età (divezzi), 20 di essi residenti a Torino, 20 in Val di Susa, di origine italiana ripartiti secondo le seguenti caratteristiche del figlio e del nucleo:

- genere del figlio (M = Maschio; F = Femmina)
- numero di figli (1 o 2)
- frequenza o meno del nido d'infanzia
- nucleo bigenitoriale o madri capofamiglia in nucleo monogenitoriale

Campione genitori residenti a Torino			Campione genitori residenti in Valle di Susa		
Genitore	1 figlio	2 figli	Genitore	1 figlio	2 figli
Padre	M/Nido		Padre	M/Nido	
Madre	M/Nido		Madre	M/Nido	
Padre	F/Nido		Padre	F/Nido	
Madre	F/Nido		Madre	F/Nido	
Padre	M/Casa		Padre	M/Casa	
Madre	M/Casa		Madre	M/Casa	
Padre	F/Casa		Padre	F/Casa	
Madre	F/Casa		Madre	F/Casa	
Padre		M/Nido	Padre		M/Nido
Madre		M/Nido	Madre		M/Nido
Padre		F/Nido	Padre		F/Nido

Madre		F/Nido	Madre		F/Nido
Padre		M/Casa	Padre		M/Casa
Madre		M/Casa	Madre		M/Casa
Padre		F/Casa	Padre		F/Casa
Madre		F/Casa	Madre		F/Casa
Madre capofamiglia	M/Nido		Madre capofamiglia	M/N	
Madre capofamiglia	F/Nido		Madre capofamiglia	F/Nido	
Madre capofamiglia		M/Casa	Madre capofamiglia		M/Casa
Madre capofamiglia		F/Casa	Madre capofamiglia		F/Casa

Le difficoltà incontrate nel reperimento del campione, soprattutto riferite all'individuazione da parte dei pediatri, mediatori fondamentali nel primo contatto con le famiglie, di nuclei monogenitoriali con figli non inseriti nella scuola per l'infanzia, e la rinuncia di qualche genitore a farsi intervistare, ha determinato la seguente composizione finale:

23 interviste realizzate a Torino così suddivise:

- 19 genitori (10 madri e 9 padri) appartenenti a nuclei bigenitoriali
- 4 madri capofamiglia (solo una con figlio non inserito al nido)

17 interviste realizzate in val di Susa così ripartite:

- 16 genitori (8 madri e 8 padri) appartenenti a nuclei bigenitoriali
- 1 madre capofamiglia (con figlio non inserito al nido)

La composizione del campione dei pediatri è stata costruita sulla base delle disponibilità dichiarate dagli stessi professionisti, appartenenti alle équipes dell'ASLTO1, ASLTO2 e ASLTO3. Di seguito viene riportata la numerosità dei pediatri che hanno dato la loro disponibilità a partecipare ai *focus group* e il numero degli effettivi partecipanti

ASLTO1:

- Disponibilità di 7 pediatri, 5 effettivi partecipanti

ASLTO2:

- Disponibilità di 8 pediatri, 6 effettivi partecipanti

ASLTO3:

- Disponibilità di 9 pediatri, 10 effettivi partecipanti

In quest'ultima parte, descriviamo alcune caratteristiche socioanagrafiche dei genitori intervistati utili a contestualizzare le analisi e le riflessioni successive.

Come abbiamo già riportato in precedenza, i genitori intervistati sono costituiti da una prevalenza di madri (24) rispetto ai padri (16) poiché abbiamo utilizzato due tipologie di nucleo familiare: bigenitoriali e monogenitoriali costituiti da madri capofamiglia.

In modo analogo abbiamo utilizzato altre due caratterizzazioni di nucleo familiare: quelli con 1 solo figlio (20 casi) e quelli con 2 figli (20 casi). Nel caso dei nuclei con un solo figlio, l'età dei bambini si è equamente suddivisa tra quelli inferiori ai due anni e quelli con un'età compresa tra i 2 e i 3 anni. Nel caso dei nuclei con 2 figli, l'età dei bambini è stata un po' più variegata: la maggior parte di essi sotto i 2 anni, la rimanenza equamente suddivisa tra coloro con un'età tra i 2 e i 3 anni e coloro con 3 anni di età.

Se compariamo invece la distribuzione dell'età tra madri e padri, possiamo notare come più del 50% di essi si collochi nella fascia dai 30 ai 40, cui segue una prevalenza per entrambi i sessi di

genitori tra i 40-45 anni per le madri e tra i 40 e i 50 anni per i padri. Più piccola la quota di coloro al di sotto dei 30 anni: 4 madri dai 24 ai 25 anni e 2 padri tra i 28 e i 29 anni.

Un'ulteriore variabile indagata è stato il numero di anni di convivenza precedenti la nascita del primo figlio. Come illustrano infatti molti studi sulle trasformazioni delle famiglie contemporanee, la scelta di mettere al mondo un figlio è frequentemente preceduta da un tempo in cui la coppia sperimenta e valuta la vita insieme, ciò che Kaufmann (1996) definisce come una sperimentazione a "piccoli passi", cui segue la scelta della procreazione come esito e frutto di un progetto comune. Anche nel caso dei nostri genitori in coppia, il tempo prevalente di attesa si attesta dai 3 agli 8 anni, solo in due casi la decisione è stata presa nel corso dei primi due anni.

Prima di passare all'esame delle variabili relative ai titoli di studio e alle professioni, indichiamo come ultimo dato la composizione dei nuclei familiari, corrispondente alla domanda "chi vive sotto lo stesso tetto". Tutti i nuclei bigenitoriali sono composti da una coppia di adulti e i loro figli. Nessun altro membro della rete parentale risulta con essi convivente sebbene, come illustreremo in seguito, la presenza dei nonni sia importante nella conciliazione dei tempi e nella gestione delle pratiche di cura quotidiana. Fanno eccezione le madri capofamiglia. In due dei 5 casi, il nucleo è composto dalla madre, il proprio figlio più uno o entrambi i nonni materni del bambino. In questo caso, le intervistate ci hanno raccontato come la decisione sia stata l'esito di una scelta "necessaria" per far fronte alle maggiori difficoltà, non tanto economiche, quanto di gestione e conciliazione dei tempi familiari e di lavoro.

La differenza più rilevante che possiamo constatare tra i due sessi riguarda i titoli di studio: le madri posseggono nella quasi totalità dei casi titoli di studio medio alti (10 lauree, 11 diplomi e solo 3 licenze medie); i padri sono più distribuiti (5 lauree, 7 diplomi, 3 licenze medie e 1 elementare).

Minori differenze si colgono per quello che riguarda le professioni: la categoria più rappresentata è costituita dagli impiegati sia per i maschi che per le femmine, i dirigenti sono solo uomini; è presente una sola operaia mentre, sempre tra le donne, compaiono 4 casalinghe.

Possiamo dunque affermare che in linea generale abbiamo individuato un campione costituito da genitori con un capitale culturale medio-alto, soprattutto per quanto riguarda le donne. Tale capitale riveste una discreta importanza poiché costituisce uno degli strumenti grazie al quale i genitori hanno maggiori possibilità di individuare, scegliere e comporre saperi e pratiche di cura che concorrono alla definizione di quella che loro considerano una genitorialità adeguata.

E' inoltre interessante sottolineare che siamo di fronte a un gruppo di madri e padri che nella quasi totalità dei casi sono inseriti nel mercato del lavoro poiché, come vedremo in seguito, la conciliazione dei tempi di vita familiare e lavorativi, soprattutto nel caso delle madri, è uno dei nodi tematici che concorre alla costruzione di una divergente rappresentazione di genitorialità adeguata da parte dei medici e dei genitori sia per quanto riguarda le pratiche di cura verso i figli, sia per quel che concerne le modalità di negoziazione ritenuta più o meno adeguata nella relazione medico – genitore.

## II PARTE

### 1 Le pratiche quotidiane e la costruzione dei saperi: il sonno e l'alimentazione

Nel capitolo precedente è stato argomentato in che misura l'analisi delle pratiche sia utile per comprendere i processi attraverso i quali madri e padri conferiscono significato e provvedono, nelle interazioni con i figli, ai bisogni di cura, educativi, cognitivi e fisiologici che scandiscono il percorso di crescita dei bambini. Così come non è possibile ricondurre la salute e la malattia a stati puramente fisiologici, in modo analogo le pratiche relative all'alimentazione, al sonno, all'igiene fondano i propri significati in attribuzione di senso socialmente costruite, attraverso le quali è possibile cogliere nel farsi della vita quotidiana ciò che per ogni genitore rappresenta il benessere infantile e i contenuti del proprio compito di accudimento.

Osservare o chiedere a un genitore "come fa nella vita di tutti i giorni", ossia quello che Morgan (1996) definisce come pratica familiare, significa andare alla ricerca di quali saperi, siano essi esperti o di senso comune, orientano il suo agire, delle ragioni che muovono il suo fare quotidiano, delle negoziazioni o dei conflitti che contrappuntano le pratiche di cura permettendo di cogliere quell'incessante lavoro di mediazione con tutti coloro che, a titolo diverso, partecipano alla costruzione della genitorialità adeguata, dell'infanzia e del suo benessere.

Le pratiche relative al sonno e all'alimentazione, come si avrà modo di cogliere dalle testimonianze raccolte, ci raccontano del difficile equilibrio tra costruzione dell'autonomia infantile e percezione dei bisogni di cura e dipendenza dagli adulti che i genitori attribuiscono ai bambini in questa fascia di età. Ci descrivono anche come all'interno di questo processo siano centrali due dinamiche: la prima, riguarda la costruzione di genere della maternità e della paternità e del modo in cui nel corso della vita quotidiana gli adulti compongono questi ruoli e danno forma alla divisione del lavoro familiare; la seconda, rimanda alla pluralità di saperi che concorrono alla costruzione di questi significati dove, nuovamente, risulta centrale il ruolo dei saperi esperti nell'orientare e, in alcuni casi, vincolare le pratiche di cura secondo visioni molteplici di adeguatezza genitoriale e a volte contraddittorie tra loro.

#### *1.1 Il sonno*

##### 1.1.1 Rituali, regole e conflitti legati all'addormentamento e al sonno

Le narrazioni relative alle pratiche e ai rituali dell'addormentamento ci raccontano di interazioni complesse, le quali mescolano al loro interno dimensioni che rimandano alla trasmissione di regole di comportamento riferite al benessere infantile, alla divisione del lavoro familiare adulto caratterizzato da maggiori o da minori simmetrie. Rimandano, inoltre, al reciproco scambio di affetto veicolato dalle parole e dal linguaggio corporeo, alla negoziazione di tempi e spazi attraverso i quali adulti e bambini "prendono le misure" e saggiano i significati e la tenuta dei confini tra prossimità e separazione, tra autonomia infantile e responsabilità adulta.

L'analisi di questi resoconti ha permesso di mettere in evidenza tre modalità prevalenti, caratterizzate primariamente dai significati che madri e padri conferiscono all'acquisizione dell'autonomia infantile e dai compiti che gli adulti si attribuiscono per sostenere questo processo. I rituali e le regole che governano l'addormentamento e il sonno ci raccontano, infatti, dei processi di costruzione dell'individualità infantile, dell'età considerata adeguata per attivare la separazione dal corpo adulto, primariamente materno, e dallo spazio adulto rappresentato dalla stanza dei genitori verso un tempo e un luogo in cui al bambino è riconosciuta capacità e tenuta emotiva per consolidare lo stare con sé. In modo analogo, ci descrivono i contenuti dell'adeguatezza materna e paterna nel sostenere questo percorso e dei modi in cui gli adulti coniugano i compiti e le responsabilità genitoriali con altre sfere della loro privata e intima tra cui, soprattutto, le relazioni

coniugali.

La modalità più diffusa è quella che vede l'adulto accompagnare il bambino verso il sonno, restando con lui fino al completo addormentamento. Genitori e figli, come si avrà modo di leggere dalle testimonianze, costruiscono interazioni reciproche fatte di piccoli rituali i quali, nel loro ripetersi quotidiano, conferiscono certezza al bambino che il passaggio verso il sonno sarà graduale e che i genitori ne veglieranno la buona riuscita.

Verso le 9 ci prepariamo per la nanna, pannolino, pigiamino, il biberon di latte, il consolino, quando arriviamo in camera sua si calma da sola, si dà il latte, sta su in braccio un momento. Quando capiamo che ha già appoggiato la testa, la mettiamo nel lettino anche se non è ancora addormentata. Poi torno a controllarla ed è già addormentata. Ci possono essere delle volte che chiama ma raramente, è bravissima questa bimba (Madre, 2 figli, Val di Susa).

Il rito è che andiamo di là a cambiarci e poi andiamo in camera da soli perché se c'è il papà ci distraiamo. Con il fatto che io gli do ancora il latte ci mettiamo comodi nel lettone, si prende il latte, si addormenta in braccio e poi lo metto giù. Ha un suo lettino con noi anche perché si sveglia ancora di notte. Quello è il mio compito (Madre, 1 figlio, Val di Susa).

Dopo il bagnetto aspettiamo che mio marito ci porti la camomilla, loro si coccolano un pochino e poi lei rimane con me sul lettone. Aspettiamo il "bibe" sul lettone, beviamo il "bibe" sul lettone a modo suo si rilassa, poi dopo ci sdraiamo un po' sul lettone. Stiamo insieme lì ci raccontiamo un po' di cosine, la prendo un po' in braccio perché mi faccio lo scrupolo del ruttino, facciamo due passi e poi la metto nel lettino che è nella nostra stanza, al momento (Madre, 1 figlio, Torino).

Il momento della sera ultimamente è diventato che alle 10.30 ci si mette tutti il pigiama e la nuova *routine*: loro due a letto con mia moglie dopo un po' di latte con il biberon... Io gli racconto una storia che lui apprezza mentre l'altra fa un gran casino e verso le 11.10 ...si quietano tutto e dormono tutti e io faccio il travaso (dal letto dei genitori ai loro) (Padre, 2 figli, Torino).

Il repertorio di pratiche e rituali è vario al suo interno e vede i genitori impegnati in attività differenti scandite, in numerosi casi, da una precisa separazione dei compiti: le madri più direttamente coinvolte in interazioni di "nutrimento" affettivo; i padri un po' sussidiari nell'aiutare a preparare la scena. Due aspetti, tra loro intrecciati, sembrano particolarmente rilevanti: la prossimità corporea, grazie alla quale adulti e bambini si scambiano e si nutrono reciprocamente di affetto e di ascolto, e la gradualità del passaggio verso il sonno. Attraverso la gradualità il bambino apprende a riconoscere spazi e tempi che cadenzano la separazione dal corpo adulto: dal letto dei genitori al proprio, dalla camera dei grandi alla propria camera, centellinando ancora una favola, ancora una coccola, ancora "in braccio per un po'" fino all'addormentamento completo. Nelle parole dei genitori, soprattutto in quella delle madri, è proprio la gradualità della separazione a costituire uno degli aspetti che fondano la rappresentazione del benessere infantile. Non è solo questione di quantità di ore dormite, ma anche dell'atmosfera con cui gli adulti accompagnano il bambino ad addormentarsi.

Nella seconda modalità, che costituisce la minoranza dei casi, il processo di separazione, soprattutto da un punto di vista spaziale, non ha luogo e i bambini si addormentano e dormono nel letto con i genitori oppure vi sono automaticamente spostati al primo risveglio notturno. Come già illustrato in altri studi (Zaltron, 2009), di frequente la scelta di far dormire il bambino con i genitori è associata all'allattamento notturno, che svolge soprattutto una funzione affettiva più che nutritiva, oppure è collegato al sonno disturbato dei bambini e alla fatica che provano i genitori nel doversi alzare frequentemente di notte o, ancora, da una sorta di eccesso di cure materne che mescolano preoccupazione e ricerca di reciproco piacere.

Nel mio letto insieme a me infatti ho messo la transenna dalla parte mia, di quelle di tessuto perché ho sempre paura che lui cada giù, di notte vuole la tetta per cui lo sposto. Mio marito mi ha detto "prova a metterlo nel lettino", "si caro poi ti alzi tu ogni dieci minuti!". Di notte mi ciuccia l'anima se io non gli dessi la tetta lui si sveglia, lo senti che si rotola di qua e di là e a quel punto capisci che si sta svegliando. Se invece ciuccia la tetta continua a dormire. Non so come potermi staccare (Madre, 2 figli, Val di Susa).



Lui dorme nel lettino. Lui è un bambino molto problematico nel dormire, ha attraversato tantissime fasi e ha sofferto e sta ancora soffrendo la dentizione e quindi ha questi risvegli frequentissimi la notte in cui richiede il latte per addormentarsi, e se il latte non gli viene dato succede una tragedia: si rifiuta di dormire, ho provato anche per più di un ora a cullarlo in braccio.... Poi solitamente io provo a rimetterlo nel lettino se vedo che si veglia ogni mezzora lo prendo e lo metto nel lettone perché comunque poi al mattino bisogna alzarsi ed è impossibile rimanere svegli (Madre, 1 figlio, Torino).

Ha la sua cameretta però dorme in camera nostra e nel nostro letto nel lettone, però penso che sia più colpa mia che colpa sua. Io ci ho provato già qualche volta e se si addormenta io lo metto lì e lui sta tranquillo nel lettino. Il problema è mio ho sempre paura che entri qualcuno e dico se è lì non me ne accorgo, e quindi è una cosa psicologica che dovrò affrontare...(Madre, 1 figlio, Torino).

Dormono con me io mi metto in mezzo uno da una parte e l'altra dall'altra li tengo vicini e si addormentano.... A volte A. (la figlia più grande) mi chiede, ogni tanto spesso vuole guardare un cartone, lui no appena si mette giù dorme, mi prende la mano, deve graffiarmi tutta la mano prima di addormentarsi ma poi si addormenta.... Dormono lì con me tutta la notte, purtroppo li ho abituati a dormire nel letto perché tutti e due ma soprattutto A. aveva questo problema del reflusso e si soffocava, il latte le tornava su e si soffocava, dovevo tenerla su quasi tutta la notte aveva un reflusso importantissimo... Comunque si coccolano fra di loro, è bello vederli nel letto quando fanno la nanna. Magari mi sposto per andare a bere un bicchiere di acqua, non sentono me e si abbracciano loro, è carino vederli (Madre, 2 figli, Val di Susa).

Sarò forse egoista, ma da quando siamo rimasti soli è così. All'inizio appena era nato dormiva nella sua culla, in camera con me e il padre, poi dal momento che lui è andato via, non so... mi sembrava che ci voleva l'affetto e l'ho fatto dormire con me (Madre single, 1 figlio, Val di Susa).

Dalle parole di queste madri, che assolvono in modo esclusivo il compito dell'addormentamento, si evince il loro stare in un difficile equilibrio tra spinte dal significato contrapposto, in cui diventa complesso discernere tra ciò che è diventato *routine*, perché si ritiene rappresenti la risposta a un bisogno infantile mirato alla promozione del benessere, e i costi materni nell'assolvere questa pratica di accudimento. Si comprende, inoltre, come l'incertezza di individuare la strategia più adeguata risieda anche nei vantaggi procurati da questa prossimità corporea, in quanto alla "fatica" dell'allattamento notturno corrisponde il piacere di questo reciproco "nutrirsi" tra madri e figli. All'interno di questa modalità relazionale, hanno un ruolo rilevante i diversi saperi esperti e di senso comune nell'orientare e conferire significato alla percezione di adeguatezza che i genitori, le madri in particolar modo, nutrono verso se stessi, come sarà analizzato in dettaglio nelle parti successive.

La terza modalità, più diffusa, è quella in cui i genitori pongono in modo chiaro una distinzione tra spazi adulti e spazi infantili, tra ruoli genitoriali e ruoli coniugali, e in cui viene esplicitamente incoraggiata l'acquisizione dell'autonomia del bambino. In questi casi, la responsabilità primaria cui i genitori sentono di dover rispondere non è tanto l'accompagnamento graduale alla separazione, quanto piuttosto rinforzare le potenzialità infantili in modo che il proprio figlio abbia a disposizione tempi e spazi per saggiare e scoprire i significati dello stare con sé imparando, in egual misura, a fruirne dei vantaggi (giocare e scoprire il mondo circostante) o a sostenerne i costi (autoconsolamento).

Adesso, praticamente ieri sera ha messo il pigiamino ci siamo cambiate il pannolino, ci siamo messe davanti alla televisione; poi ci sono delle sere che ha più voglia e altre che ne ha meno ma cerchiamo di mandarla a letto non più tardi delle 9.30. La porto di là, la metto nel lettino con il suo orsetto, le rimbocco le coperte, acqua e fine (Madre, 1 figlio, Val di Susa).

Io non ho mai voluto che prendesse l'abitudine di venire nel nostro letto e si è abituata a stare nel suo letto anche da piccolina. Io ho insistito su questo discorso perché sentivo di casi di amici che hanno avuto queste difficoltà. Quando era piccolina lei si svegliava frequentemente per l'allattamento e avevo paura che non si abituasse al suo lettino e invece è stata sempre molto brava. Quando era più piccolina si addormentava in braccio e poi la dovevo mettere giù e lì era un po' più difficile perché come lei sentiva il distacco non voleva. Invece, crescendo, dallo svezzamento il processo è diventato più normale, ho iniziato a metterla nel suo lettino. La sera le davo sempre il suo biberon con il latte e le raccontiamo le fiabe così lei si addormenta tranquillamente nella sua camera (Madre, 1 figlia, Val di Susa).

La seconda da quando è nata dorme solo nel suo letto, non ha mai dormito nel nostro letto, mai neanche mezz'ora. Si mette il pigiama, manifesta il sonno, per cui si appoggia sul divano con la testa così, e ti guarda e dici: "M. (nome della figlia) andiamo a dormire?", "Sì". Si spengono le luci, il bacio della buonanotte, saluta tutti si mettere nel letto con il suo cane, accostiamo la porta. La piccola dorme ancora in camera con noi nel suo lettino (Madre, 2 figlie, Torino).

Quando è ora di dormire il piccolino lo prepara mia moglie, lo cambia, gli mette il pigiamino, se ci sono da fare piccole cure come la pulizia del naso di quello me ne occupo io. Invece del più grande me ne occupo io: si tratta di cambiarlo, la pulizia personale, lavare i denti, le mani, ecc.; e poi diritti a letto tutti e due...Qualche volta è ancora molto presto, allora un momento di favola ma rispetto all'orario cinque minuti, ma quando si va a dormire, si va a dormire... Ognuno di loro ha il suo ciuccio, si socchiude la porta, perché chiusa non la vogliono, e loro stanno lì, magari chiamano ancora una volta un attimino: "voglio l'acqua", dipende dalle volte e poi si addormentano (Padre, 2 figlie, Torino).

Comunque ci siamo trovati d'accordo sul fatto che non vogliamo diventare schiavi, ritenendo che il mettere la nostra bambina nella sua cameretta non fosse un gesto di non amore o di menefreghismo, ma che fosse un qualcosa di utile per tutti in termini di crescita per la piccola e di qualità della vita per noi (Padre, 1 figlia, Val di Susa).

In queste testimonianze risulta più evidente il processo di individuazione delle diverse soggettività sia perché esse sono riconosciute come entità separate allentando, in tal modo, i processi simbiotici descritti in precedenza, sia perché i genitori hanno saputo trovare e adattare i rituali alla definizione dei confini che separano soggettività diverse tra loro (de Singly, 2003b). Qui i rituali risultano essere più brevi perché "quando si va a dormire, si va a dormire". Ciò significa far sedimentare dentro al bambino altri contenuti riferiti a questa pratica: innanzitutto, che il tempo e lo spazio delle interazioni di affetto e ascolto con gli adulti hanno luogo in altri momenti della giornata e che non cadenzano, routinizandoli, quelli della separazione, dalla veglia al sonno; secondariamente, che in questo tempo e in questo spazio gli adulti si "mettono da parte" e lasciano al bambino la possibilità di trovare un senso personale, attraverso rituali e pratiche che sarà egli a standardizzare nel corso del tempo. Gli adulti sono comunque presenti, ma nel retroscena pronti a intervenire a richiesta.

Oltre alle pratiche di addormentamento serale, si è analizzato anche in quali altri momenti della giornata dormono i bambini, allo scopo di ricostruire il quadro complessivo dei significati attribuiti al benessere infantile. Anche in questo caso, si sono individuate due modalità prevalenti: la prima, in cui è maggiore l'adeguamento ai bisogni infantili; la seconda, in cui gli adulti mediano tra bisogni infantili e conciliazioni dei tempi adulti.

Nell'adeguamento ai bisogni infantili, si collocano in prevalenza quei casi in cui i bambini non frequentano il nido e le cui madri si occupano a tempo pieno di loro, oppure i casi in cui un parente, tendenzialmente la nonna, si prende cura di loro. Alla maggiore disponibilità di tempo corrisponde la scelta di lasciare ai bambini il compito di svegliarsi da soli o di manifestare la necessità di dormire, che si traduce in una scansione dei tempi del sonno meno soggetta a orari precisi.

La conciliazione tra i bisogni infantili e i tempi degli adulti riguarda soprattutto i bambini che frequentano il nido, le cui madri sono impegnate nel mercato del lavoro. In questo caso, per evidente necessità, i ritmi del sonno sono sincronizzati con gli orari di ingresso a scuola sia per quello che riguarda la sveglia del mattino, sia per l'ora in cui andare a dormire. Inoltre, cambia anche il numero di ore di sonno dormite nel corso della giornata, in quanto i bambini socializzati all'istituzione scolastica apprendono ritmi di riposo che sono il frutto di una mediazione tra i bisogni di ogni singolo bambino e il funzionamento dell'organizzazione stessa (James, Jenks, Prout, 2002; Morgan, 1999). I ritmi sono regolati anche sulle necessità di conciliazione dei tempi familiari e lavorativi degli adulti. Ciò soprattutto per le madri single le quali, nel caso in cui non dispongano di una rete di aiuti adeguata, devono conciliare il bisogno di sonno del bambino con la gestione degli altri accadimenti della quotidianità, non solo pratici ma anche relazionali. Per esempio, esse tendono a far diminuire, fino a eliminare, il sonno del mattino in modo che sia più prolungato quello del pomeriggio, in modo da poter "sbrigare le faccende in casa"; oppure, si prolunga il tempo di veglia serale prima dell'addormentamento, in quanto questo costituisce l'unico momento della giornata in cui madre e figlio possono stare insieme.

Dalle pratiche relative al sonno emerge come il complesso di regole che governano questa pratica si condensino intorno a due poli: da una parte, quelle che vedono gli adulti adattarsi, disponendosi in una posizione di ascolto, alle esigenze e ai cambiamenti che i bambini esprimono nel corso della crescita; dall'altra, quelle in cui gli adulti si ritagliano un ruolo di maggiore orientamento nell'individuare e cadenzare in modo più preciso tempi e modalità della separazione.

Quanto finora rilevato, concerne anche le diverse modalità relative al sonno con cui i genitori rispondono alle occasioni di conflitto che insorgono con i figli. Si è osservato che esse riguardano in primo luogo gli episodi di risveglio notturno e che prevedono la prevalenza di due modi con cui trattare la questione: l'adeguamento e la negoziazione. L'opzione più praticata è l'adeguamento, in cui di fronte al risveglio o ai continui risvegli notturni del bambino le madri - molto raramente i padri si svegliano e intervengono - optano per lo spostamento del bambino nel letto dei genitori cui segue, talvolta, il conforto del seno materno.

Lui un suo lettino ce l'ha si addormenta nel lettino ma a una certa ora della notte si sveglia e tra che io ho sonno e tra che la cosa secondo me deve essere graduale; se si sveglia e riesco a farlo riaddormentare lo rimetto nel lettino se non lo metto nel lettone con me (Madre single, 1 figlio, Torino).

La seconda opzione, praticata da entrambi i genitori, riguarda soprattutto quelle coppie che hanno orientato il bambino verso l'addormentamento autonomo. I genitori sono dunque disposti ad alzarsi, comprendere e spesso soddisfare le richieste infantili (conforto per un brutto sogno, aver sete, non trovare più il ciuccio e così via). Soltanto in casi eccezionali, che per esempio riguardano le situazioni di malessere del bambino, viene soddisfatta la richiesta di essere spostati nel letto per dormire con i genitori.

È capitato che magari perdono il ciuccio, si svegliano piangono, anche con il più grande quando era più piccolo questa era una situazione ricorrente, ma il problema veniva risolto con una batteria di ciucci fuori dalla stanza, senza accendere la luce si metteva il nuovo ciuccio e lui riprendeva il sonno, con una modalità di assistenza molto soft, senza portarselo nel letto. La situazione normale era quella, capita ancora adesso con il piccolino che di notte pianga un pochettino ma gli si porta il ciuccio e sta tranquillo (Padre, 2 figli, Torino).

I copioni che riguardano il trattamento dei conflitti ripercorrono quelli esaminati in precedenza relativi alle pratiche di addormentamento. Uno degli aspetti determinanti nella visione di differenti modi di trattare il conflitto è la divisione del lavoro familiare tra i coniugi che rimanda a profili diversi di maternità e paternità. Si è infatti constatato nelle interviste che più le coppie sono simmetriche e negoziano una collaborazione dei compiti genitoriali, capace di tutelare anche tempi e spazi della relazione coniugale, più le pratiche di addormentamento e la regolazione del sonno tendono verso l'acquisizione di autonomia da parte del bambino e un trattamento dei conflitti con il bambino in modo negoziale.

Più ci si allontana da questa modalità, più diventa esclusivo il ruolo materno e sussidiario quello paterno. Le madri costruiscono i propri profili di maternità secondo attitudini e comportamenti fortemente votati a un rapporto simbiotico con il figlio e a un soddisfacimento dei bisogni di cura attraverso il conforto corporeo, l'allattamento prolungato, l'adeguamento alle richieste infantili secondo tempi e spazi individuati dal bambino, a detrimento della relazione con il coniuge.

### 1.1.2 Profili dell'adeguatezza genitoriale nell'intreccio tra saperi esperti e di senso comune

A quali fonti e per mezzo di quali saperi i genitori arrivano a comporre le pratiche per assolvere in modo considerato adeguato, da loro stessi e da un punto di vista sociale, il proprio compito genitoriale volto al soddisfacimento dei bisogni infantili, in questo caso riferiti al benessere relativo al sonno?

Le testimonianze raccolte mettono in evidenza un processo di costruzione complesso, in alcuni casi conflittuale e contraddittorio, che sembra prendere forma da uno spartiacque temporale preciso, quello dello svezzamento, a partire dal quale cambiano i bisogni infantili e si modificano, di

conseguenza, i contenuti di adeguatezza genitoriale fino a quel momento fortemente centrati sulla relazione madre-figlio. Lo svezzamento non riguarda solo la trasformazione delle pratiche alimentari verso una progressiva riduzione dell'allattamento al seno, ma chiama in causa anche una modificazione delle interazioni cui è soggetto il bambino, caratterizzate sia da un incremento del numero degli attori che, a titolo diverso, si prendono cura di lui e di cui egli ha sempre più consapevolezza, sia dall'instaurarsi di condotte votate alla promozione dell'autonomia infantile.

Esula dagli scopi del presente lavoro esaminare in modo esaustivo i contenuti socialmente costruiti di ciò che viene definito come "bisogni dei bambini" e che compone i modi attraverso i quali viene data forma e senso al suo percorso di sviluppo (Alanen, 1988; James, Jencks Prout, 2002). Qui intendiamo soltanto rilevare come la definizione di bisogno infantile porti con sé una sorta di obbligo morale (Morgan, 1996; Murphy, 2007) cui sono chiamati gli adulti, e i genitori in primo luogo, per fornire le risposte più adeguate al soddisfacimento. E' proprio intorno ai contenuti di queste risposte che si costruiscono parte dei significati riferiti all'adeguatezza genitoriale, in senso generale, e in modo più specifico alla maternità e alla paternità secondo le costruzioni di genere proprie ai diversi contesti sociali e culturali (Piccone, Saraceno 1996; Ruspini, 2005; Maggioni, 2000).

In questa prima fase di vita del bambino, l'adeguatezza corrisponde al pieno soddisfacimento dei bisogni di cura demandati, secondo attribuzioni di senso socialmente costruite, primariamente alla madre, la quale percepisce questa responsabilità non solo come un onere, ma anche come una risorsa per costruire e preservare il senso di sé e parte della propria identità sociale (Morgan, 1996). L'allattamento, con le sue prescrizioni, le regole cui è soggetto i saperi esperti, tra cui quelli biomedici, o di senso comune che lo giustificano (Maher, 1992), è la pratica che meglio condensa al proprio interno i contenuti della responsabilità materna, inserendo questi ultimi in una cornice di senso riguardante gli eventi "naturali", in quanto fondati e radicati nelle caratteristiche fisiologiche del corpo materno. La centralità delle cure materne e l'accettazione del primato di un rapporto simbiotico tra madre e figlio costruisce, per differenza, anche i contenuti della paternità. I padri sono coinvolti nel "prendersi cura", ma la loro minore partecipazione, soprattutto in queste prime fasi di vita del bambino, descrive non un'inferiore capacità maschile, quanto i significati collegati a queste diverse competenze grazie alle quali si costruiscono i significati di genere che danno forma all'esperienza paterna (Maggioni, 2000; Deriu, 2005).

Quanto fin qui argomentato costituisce uno scenario di fondo generale che contiene al suo interno variazioni, differenze, innovazioni poiché, come più volte sostenuto, la genitorialità contemporanea è sottoposta a forti spinte trasformative e a una costellazione di saperi fortemente eterogenea, competitiva e contraddittoria (Morgan, 1996), che concorrono a definirla e a cui i soggetti possono attingere secondo schemi di preferenza sempre meno gerarchizzati. Ciò nonostante, riprendendo la trama del nostro lavoro, anche dalle testimonianze dei genitori intervistati emerge come il periodo dello svezzamento costituisca il punto di cesura da cui prende forma la definizione di nuovi bisogni, la trasformazione delle relazioni familiari e differenti contenuti riferiti all'adeguatezza genitoriale.

E' nella definizione e costruzione dei processi di separazione e di individuazione infantile che i genitori avvertono maggiore incertezza sulla bontà del proprio agire, cui corrisponde la necessità di rivolgersi in modo esplicito a saperi esperti o di senso comune per orientare in un modo percepito come più adeguato i propri compiti di cura.

Nel caso delle pratiche riferite al sonno si sono riscontrare soprattutto due occasioni che generano incertezza sul proprio operato e che minano la definizione di adeguatezza: l'allattamento notturno dei bambini intorno all'anno di età e l'addormentamento o lo spostamento ricorrente dei bambini dal loro letto a quello dei genitori, nel caso di frequenti risvegli notturni. Il sentimento di inadeguatezza relativa a queste pratiche sorge nel momento in cui si collegano ad esse altri due eventi: l'affaticamento materno generato dai continui risvegli e dal prolungamento dell'allattamento; la percezione che i genitori hanno di mettere in atto delle pratiche considerate non più adatte per l'età dei figli, la cui inadeguatezza si radica nella percezione di una disapprovazione sociale, più che personale.

Io ho chiesto al pediatra, al consultorio, ho chiesto dappertutto perché questo bambino non dormiva e aveva questi continui risvegli, e davvero non ho trovato né consigli, né una spiegazione soddisfacente. Probabilmente è difficile penetrare nella sua testa, ma io ho notato che nel momento in cui c'era una fase di stasi nell'eruzione dei denti il bambino dormiva e si risvegliava una sola volta la notte. Tutti i consigli dei genitori "togli il latte vedrai che il bambino dormirà"; io con difficoltà ho provato, nel senso che ho provato a non allattarlo e a tenerlo sveglio ma è veramente insostenibile non voleva addormentarsi assolutamente (Madre, 1 figlio, Torino).

R. (nome della figlia) è più problematica, la allatto ancora la sera, ma non credo che duri ancora tanto perché mi sono un po' stufata. E' che non ho tanto il coraggio di prendere in mano la situazione.... (Madre, 2 figli, Torino).

Tutti mi dicono che non va bene, ma è difficile disabituarli a questa cosa qua, mi dicono che sarebbe ora di metterli nel loro letto, di farli piangere ma non ci riesco (Madre, 2 figli, Val di Susa).

Tante persone che dicono che dovrebbe dormire nel suo letto, tanti libri che dicono che dovrebbero dormire nel loro letto, autonomamente, senza la mamma. Io devo dire che a me fa molto piacere, come mamma, addormentarmi insieme a lui nel letto, è molto più comodo perché invece di essere seduta su una sedia scomoda e al freddo sono sdraiata nel mio letto al caldo, con la mia TV e riesco a farmi anche le mie cose nel mentre. Per cui se fosse solo per me non lo considererei così sbagliato, se dicono il contrario evidentemente sarà sbagliato (Madre, 2 figli, Val di Susa).

L'insieme di queste testimonianze descrive i contenuti dell'inadeguatezza genitoriale e rimanda a una serie di domande per le quali non vi è né certezza, né univocità di risposta: a quale età è "meglio" che un bambino abbia imparato a dormire da solo nel proprio letto? Fino a quando l'allattamento al seno è da considerarsi appropriato per la crescita di un bambino? Quando, una madre, per soddisfare un proprio bisogno personale o relazionale può recare danno al bambino interrompendo l'allattamento?

Non si tratta soltanto di domande che qualunque genitore può rivolgere al proprio pediatra, ai propri genitori, agli amici o la cui risposta si trovi in siti specialistici, ma si tratta di questioni che riguardano il variegato scenario di attribuzioni di senso socialmente costruito sui contenuti del benessere infantile e sulla conseguente adeguatezza dei genitori. La varietà di risposte ci illustra come pratiche e saperi, siano essi di natura esperta o di senso comune, si collochino lungo un continuum che sposa ai due poli opposti teorie differenti sull'infanzia, sui bisogni, sulle responsabilità genitoriali. Un polo più favorevole a porre al centro il bambino e i suoi bisogni, cui corrisponde la costruzione di una vocazione genitoriale e, in particolar modo materna, più propensa all'adeguamento e al rispetto dei tempi e dei modi di crescita espressi dal bambino stesso. Un polo, al contrario, caratterizzato da una supremazia meno evidente dei bisogni infantili, in cui il loro soddisfacimento deve corrispondere ai gradi di sostenibilità che possono gestire gli adulti. Dalle nostre testimonianze, in estrema sintesi, queste due posizioni sono espresse, per quel che riguarda il sapere pediatrico, dai medici che incoraggiano l'allattamento a richiesta del bambino e da quelli che propongono anche l'uso di fitofarmaci o di farmaci allopatici pur di salvaguardare la salute e la serenità della madre, perché è da essa che dipende anche quella del bambino. In mezzo vi è la negoziazione dei saperi e le molteplici strategie che i genitori mettono in atto per aderire alla propria percezione di adeguatezza.

All'interno di questo scenario complesso e composito, è opportuno mettere in luce una differenza tra saperi esperti e saperi di senso comune, per quel che riguarda l'attribuzione di adeguatezza genitoriale, poiché a partire da questa differenza i genitori costruiscono strategie differenti per cercare risposta alle proprie difficoltà.

Come sarà più volte argomentato nel corso del lavoro, i saperi esperti e, in questo caso, i saperi medici, godono di maggiore legittimazione da parte dei genitori, che ad essi si riferiscono per orientare i contenuti della propria adeguatezza e per correggere, di conseguenza, condotte ritenute inappropriate. Questa maggiore legittimazione, che si fonda su un consenso socialmente costruito, trascina con sé lo spettro della valutazione cui si sentono sottoposti coloro che non rispondono ai criteri di adeguatezza considerati propri e pertinenti da questi saperi, il cui risultato è l'implicito

giudizio morale (Ehrich, 2003) contenuto nei consigli per correggere le condotte attuate fino a quel momento.

Tutto ciò determina due strategie prevalenti nel ricorso ai saperi esperti da parte dei genitori le quali, pur nella diversità dei contenuti, producono esiti alquanto simili. La prima, riguarda quei genitori che hanno consapevolezza della necessità di cambiare strategia con i propri figli, riferita soprattutto al farli dormire nel proprio letto, ma che in virtù del giudizio cui si sentono sottoposti preferiscono non chiedere aiuto e aspettare che le cose si risolvano da sé.

Sinceramente non l'ho detto quasi a nessuno, un po' mi vergogno..., l'ho detto solo a mia mamma che mi ha detto che è ora che mi svegli un po' (Madre, 1 figlio, Torino)

Sul toglierle il latte di notte lei ci aveva detto di provare a lasciarla da mia mamma un paio di notti e vedi cosa succede, adesso credo che lo sappia che la allatto la sera ma non è un nostro argomento (Madre, 2 figli, Torino).

Ero disperata perché il bambino non dormiva e non capivo se secondo lei (la pediatra) io esageravo la situazione o se secondo lei io volevo solo dormire e avevo questo bambino che.... e mi guardava che sembrava che pensasse "non fare un bambino se vuoi dormire il resto della notte", e allora io capivo che lei non era disposta e lasciavo perdere, prendevo l'ennesimo fitoterapico, intanto sapevo benissimo che non andava (Madre, 1 figlio, Torino).

Nelle parole di queste madri emerge la difficoltà di confrontarsi con un sapere di cui si avverte la compresenza, rispetto ai contenuti, di ciò che è meglio per il bambino e del giudizio sull'innappropriatezza del comportamento. Nei casi in cui si tenta la richiesta di aiuto, così come traspare dall'ultima testimonianza, ciò che viene richiesto al medico è soprattutto un aiuto di tipo empatico-relazionale attraverso il quale poter esporre e ridiscutere i contenuti dei compiti di cura. L'indicazione del rimedio allopatico o fitoterapico, proprio e specifico della disciplina e del compito del medico, è stato vissuto dalla madre come mancante della necessaria negoziazione grazie alla quale far incontrare punti di vista differenti.

La seconda strategia è, al contrario, quella della piena approvazione e del consenso in cui i saperi e le pratiche genitoriali incontrano e sono sostenute dai saperi pediatrici.

La mia pediatra si è fatta promotrice invece dell'allattamento a richiesta e della nanna con la mamma, perché non mi ha mai detto "non farlo dormire con te", al contrario. E allora mi ha anche un po' alleggerito, era un po' una mia tendenza, però diciamo che socialmente non è tanto riconosciuta. Individualmente come cosa mi piaceva, mi veniva molto spontanea, poi parlando anche con le mie amiche vedevo che si faceva. Ne ho parlato con la pediatra, l'ho trovata in accordo e quindi (Madre single, 1 figlio, Torino)

(sul dormire nel letto con i genitori) Ne abbiamo parlato con il nostro pediatra e lui ci ha detto che non è un grossissimo problema dato che oramai hanno preso il vizio (Madre, 2 figli, Val di Susa).

Quando, di fronte al protrarsi della *routine* consolidata, si incontrano difficoltà nell'instaurare modalità differenti, i consigli pediatrici assumono la forma del "buon senso" dei saperi di senso comune proponendo ai genitori di avere pazienza, di aspettare che le cose vadano a posto da sole.

Le posizioni espresse dai saperi esperti mettono in evidenza due aspetti che ricorreranno più volte nel corso di questo lavoro. Da una parte risulta evidente la loro variabilità interna, che genera nei genitori un senso di incertezza nel comporre le scelte di azione; dall'altra, questa variabilità contiene al proprio interno una comunicazione "doppio legame" (Bateson, 1976) in quanto richiede ai genitori, e alle madri in particolar modo, di essere accudenti, simbiotiche, disponibili all'allattamento a richiesta ma, in egual misura, di favorire la separazione, l'individuazione infantile per promuovere i processi di autonomia del bambino lasciando, nuovamente, madri e padri nell'incertezza delle pratiche e del consolidamento dei saperi.

Di fronte a questa variabilità e alla contraddittorietà di alcune comunicazioni tra genitori e pediatri, a volte intrise di giudizi normativi, risulta comprensibile il successo di alcune pubblicazioni che descrivono in modo fortemente prescrittivo "cosa" e "come" si debbono risolvere i problemi legati al sonno. Non si intende qui entrare nel merito dei contenuti, si vuole soltanto mettere in evidenza

come la “perentorietà” e la presunta “certezza” della bontà del metodo permettono ai genitori di trovare una risposta rassicurante, proprio perché fortemente normativa ed esente dai costi della valutazione che la relazione “faccia a faccia” con il pediatra trascina con sé.

## 1.2 L'alimentazione

Le pratiche connesse all'alimentazione sono un altro ambito interessante da cui osservare come si costruiscono e negoziano nella quotidianità i saperi e le strategie che rappresentano il benessere infantile e la genitorialità adeguata. Come ci ricorda Douglas (1993), il cibo in sé e le pratiche collegate al suo consumo sono un potente medium simbolico grazie al quale comprendere la natura e le regole che danno forma alle interazioni familiari, così come segnalano i confini rituali e simbolici grazie ai quali si separa, secondo le accezioni di puro e impuro o, come nel nostro caso, di adeguato o inadeguato, ciò che promuove la salute e il benessere o la malattia e il malessere riferiti al bambino.

### 1.2.1 Criteri di scelta e regole di consumo del cibo

#### I criteri di scelta

Il primo dato che emerge dall'analisi delle interviste è quanto la preparazione e i criteri di scelta del cibo siano prevalentemente gestiti dalle madri. E' una prevalenza che implica, nella negoziazione delle decisioni in tutti i campi riguardanti il “prendersi cura”, in particolare concernenti l'alimentazione, che i padri abbiano comunque un ruolo nella gestione e nella presa di decisioni che riguardano il cibo. Le testimonianze raccolte mettono in evidenza tre diverse modalità in cui prende forma il contributo paterno, le quali restituiscono forme diverse di contratto di genere tra i coniugi: una maggiore simmetria; la spartizione secondo “terreni” di competenza diversi, nei quali ciascun genitore è considerato legittimo responsabile delle decisioni; un'asimmetria maggiore che vede le madri titolari della gestione della maggior parte dei compiti di cura, e soprattutto titolare di decisioni non negoziabili.

Nel caso dell'alimentazione, i padri più collaborativi li abbiamo definiti “creativi-esperti” poiché sono coloro che per consuetudini di coppia hanno già instaurato con la partner una condivisione delle scelte alimentari e della preparazione dei cibi prima della nascita del figlio.

La cena è un mio compito, anche se mia moglie sta imparando a cucinare, se la cava bene. Diciamo che lei dice fai te, poi adesso che la bimba mangia quello che mangiamo noi..., i primi tempi con le pappine se ne occupava lei (Padre, 1 figlia, Torino).

Apro il frigo vedo quello che c'è e preparo qualsiasi cosa: verdura, carne... Quello che c'è prendo e lo cucino. Avendo molta fantasia per questo vario parecchio (Padre, 1 figlio, Torino).

I padri in posizione intermedia sono quelli che hanno negoziato con la partner una suddivisione puntuale dei compiti, la quale ha generato una sorta di specializzazione delle mansioni, in alcuni casi giustificata da una presunta e “naturale” differenza di genere rispetto alle competenze appropriate.

Nei primi mesi di vita io assolutamente non cambio il bambino, non gli faccio il bagno, non gli do da mangiare, questo l'ho fatto anche con M. (prima figlia) per un'unica ragione: noi tentiamo di fare il papà, è una cosa innaturale, loro hanno una simbiosi, tutte le volte che intervenivo non quadra perché hanno il loro ritmo.... Alla cena di F. (il figlio più piccolo) ci pensa C. (nome della moglie) perché lei sa dosarsi molto bene con le esigenze del bimbo, quante volte lo ha allattato, percepisce se quella sera lì ha più voglia della pastina che della carne.... Invece per noi (ossia per la moglie e la figlia più grande) in base agli orari in cui arriviamo o si pesca dal freezer o si prepara qualcosa e a quel punto coinvolgo anche la bimba nel cucinare, anche perché tutti pericoli glieli faccio affrontare, deve capire che l'olio è bollente, che c'è la fiamma, deve imparare a muoversi in mezzo a cose che possono nuocere alla tua salute (Padre, 2 figli, Val di Susa).

Mia moglie si occupa della cucina e io mi occupo di farli giocare, siamo molto distinti nella gestione: lei si occupa di preparare da mangiare e io mi occupo di loro, poi ci occupiamo di farli mangiare (Padre, 2 figli, Torino).

L'ultimo caso è quello dei padri "esecutori", ovvero di coloro che sono collaborativi ma a richiesta della partner e che si pongono in una sorta di dipendenza "vantaggiosa", direbbe de Singly (1996) dai saperi femminili.

Mia moglie mi dice dalle questo piuttosto che quello, lei ha letto dei libri.... (Padre, 1 figlia, Val di Susa).

Per quanto riguarda la scelta di quali cibi costituiscano l'alimentazione più adeguata a promuovere il benessere infantile, le madri hanno primariamente messo in luce due criteri. Il primo riguarda la varietà e il "bilanciamento", ossia il comporre una dieta che comprenda l'insieme delle sostanze nutritive, in alcuni casi con una prevalenza spiccata verso frutta e verdura, in altri verso le proteine. Tale "bilanciamento" si riferisce alla ricerca di un equilibrio tra le sostanze nutritive ritenute adeguate, in modo che nel corso di tutti i pasti consumati durante la giornata non manchi nessuna di quelle considerate importanti. Le modalità di composizione della dieta di ogni pasto differisce a seconda che il bambino frequenti o meno il nido: nel primo caso, le madri scelgono per differenza, nel senso che la dieta si adegua a quella stabilita dall'istituzione scolastica, mentre nel secondo caso hanno più libertà di individuare e comporre i cibi secondo ciò che è ritenuto più adeguato.

Il secondo criterio che guida la scelta dei cibi si riferisce in modo più specifico alla loro qualità, da ricercare sia scegliendo cibi "meno grassi" o "non confezionati", considerati più adeguati al benessere infantile, sia nell'individuare quei luoghi di vendita dove sia possibile tracciarne la provenienza o i modi di coltivazione o allevamento. Un atteggiamento di scelta che è maggioritario nelle famiglie torinesi piuttosto che in quelle della Val di Susa.

Il pesce lo compero dal mio pescivendolo di fiducia, la carne dalla macelleria di fiducia che mi prepara tutte le porzioncine che congelo e tiro fuori man mano. Lavorando in queste zone ci sono tanti negozietti di frutta e verdura che hanno le cose dei contadini e quindi io magari vado a comperare la frutta e la verdura in questi posti qui. Ma tutte cose normali. Mia zia che mi porta dalla campagna le uova e le patate in stagione zucchine e carote, poi cerco di dargli tutte le verdure e tutta la frutta possibile. Non vado a comperare la carne al supermercato (Madre single, 1 figlio, Torino).

Mio marito ci tiene molto che non dia merendine, neanche a colazione: Vuole che si mangino cose più naturali: fette biscottate, pane e marmellata, pane e miele, cose naturali (Madre, 2 figli, Torino).

I saperi cui attingono i genitori, e le madri in particolar modo, per l'individuazione dei criteri di scelta del cibo cambiano con il variare dell'età del bambino o in relazione al numero dei figli. Nelle interviste emerge che nella fase iniziale dello svezzamento il sapere pediatrico è centrale nell'orientare la scelta dei cibi, le modalità di preparazione, le quantità necessarie per uno sviluppo ritenuto adeguato. Nei racconti materni ricorrono frequentemente espressioni del tipo "mi ha spiegato come fare", "avevo dei dubbi sulle quantità ma mi ha dato una lista con tutto scritto", "il pediatra mi ha spiegato quali alimenti prima e quali dopo". A svezzamento avviato o alla nascita del secondo figlio, nella maggioranza dei casi, alla base fornita dal sapere esperto viene integrato un sapere pratico fondato sugli aggiustamenti via via sperimentati, riprendendo anche quanto appreso nel corso della propria educazione cui si aggiunge ancora una sorta di "sicurezza empirica" che consente innovazioni, cambiamenti possibili anche senza consultare il pediatra. Queste trasformazioni si esprimono in tre criteri: mangiare le stesse cose degli adulti, caso più diffuso oppure, in misura minoritaria, improntare l'alimentazione dei piccoli a scelte alimentari aderenti a quelle dei genitori (vegetariani, macrobiotici), o ai gusti alimentari bambini stessi, soprattutto nel caso di figli inappetenti.

Un po' leggo delle cose, internet, poi con le mie amiche, le mie colleghe anche con i pediatri specialmente nella fase dello svezzamento, ma poi tendo a fare di testa mia, nel senso che il pediatra è un medico e ha esperienza per cui ne sa molto più di me, ma seguo i loro gusti e un po' di buon senso, non tutti i giorni le patatine fritte, cerco di essere un po'



equilibrata nella cucina, faccio tutto un misto e faccio quello che mi sembra meglio anche per come siamo cresciuti noi, mia mamma ci cucinava abbastanza sano, e tendo a fare per loro la stessa cosa (Madre, 2 figli, Torino).

L'ho deciso da me, sulla base della mia conoscenza, siccome mangio io in questo modo. Diciamo che sono abbastanza attenta al cibo in generale, lo ero prima del bimbo, lo sono ancora adesso. E quindi anche io se mangio un primo a pranzo tendenzialmente alla sera tendo a mangiare invece proteine, verdura. Con lui mi è venuta automaticamente questa organizzazione (Madre single, 1 figlio, Torino).

A. (nome del figlio) è vegetariano perché io sono vegetariana. Non mangia né carne, né pesce e cerco di variare la sua alimentazione escludendo però carne e pesce...legumi e cereali sono fondamentali perché è da lì che noi prendiamo le proteine.... Mi regole nel senso che se lui mangia spesso verdure in foglie, la settimana dopo gliene do meno e lo vedo anche dalle feci, così mi regolo (Madre single, 1 figlio, Torino).

### Le regole di consumo

I diversi criteri di scelta si riverberano anche nelle regole che governano il consumo del cibo, soprattutto in quelle che riguardano quali cibi consumare. Anche in questo caso abbiamo individuato due modalità: una di tipo più normativo, che è anche la più diffusa, in cui sono gli adulti, in misura maggiore le madri, a stabilire cosa si mangia, in che quantità e se è possibile ottenere delle alternative nel caso in cui il cibo non piaccia.

Mangerebbe chili di biscotti e pane, ma è un po' diseducativo diciamo, perché secondo non so quale teoria, almeno la mia, sarebbe meglio dire c'è questo da mangiare se lo vuoi lo mangi e se non vuoi non mangi altro di modo che si abitui (Madre, 2 figli, Torino).

Questo è quello che passa la casa, o ti piace questo o.... Tendenzialmente questa è la linea di comportamento, ma ci possono essere delle situazioni dove magari non vuole più il prosciutto, ma vuole un pezzo di formaggio allora magari uno glielo dà. Tendenzialmente c'è il menù e quello si mangia (Padre, 2 figli, Torino).

A volte ho il problema contrario e devo tenerla indietro soprattutto sui dolci... le brioches, il pane con il cioccolato, per cui lei non si accontenta di una brioche ne vorrebbe due. Non esiste. A parte che non fa bene...deve capire che se ne hai mangiata una e basta (Madre, 1 figlia, Val di Susa).

L'approccio normativo rimanda a una rappresentazione del benessere infantile che richiama, allo stesso tempo, aspetti nutritivi e relazionali collegati al consumo del cibo. Non si tratta, infatti, solo di regolare e di orientare i consumi verso cibi considerati più adeguati alla salute alimentare (pochi dolci, pochi grassi come ricordavano in precedenza); si tratta anche di far interiorizzare al bambino le norme collegate al riconoscimento dell'autorità adulta, con cui confrontarsi saggiando sia la tenuta di queste regole, sia il limite che deve essere posto alle sue richieste; inoltre, si tratta di insegnargli a riconoscere ciò che è appropriato o inappropriato rispetto al benessere alimentare.

La seconda modalità, peraltro meno diffusa, è tesa ad assecondare in misura maggiore le preferenze infantili proponendo cibi sostitutivi, soprattutto nel caso di bambini inappetenti, oppure proponendo come premio cibi graditi, quali il cioccolato o i dolci nel caso in cui i bambini rispettino le prescrizioni alimentari date dagli adulti, riguardanti in modo particolare la quantità.

Dopo cena a volte un pezzetto di cioccolato se mangiano tutto, se non mangiano tutto allora niente, saltiamo (Madre, 2 figli, Torino).

L'ideale sarebbe un pasto completo ma vediamo che rare volte fa tutto completo. Ci sono delle sere che mangia tutto, altre che già solo con il primo, allora cerchi di dargli altro (Padre, 2 figli, Torino).

Questa seconda modalità, diversamente dalla prima, è più orientata a consolidare l'idea di cibo come nutrimento soprattutto nei suoi aspetti quantitativi (mangiare tutto, mangiare abbastanza) e a lasciare apparentemente in secondo piano gli aspetti relazionali ad esso collegati. Viceversa, queste regole contengono al loro interno precise prescrizioni relazionali che rimandano al bambino un'idea di autorità adulta più disponibile della precedente alla negoziazione e all'adeguamento. Ciò è rilevabile anche dalle parole del padre che distingue tra un piano "ideale", cui corrisponde la

rappresentazione di benessere cui riferirsi, e quello della pratica quotidiana in cui è necessario misurarsi e negoziare tra le proprie capacità adulte e quelle del bambino. Nella prima modalità, l'accezione di benessere che pare delinearci riguarda la compresenza di aspetti nutritivi e relazionali, attraverso i quali il bambino impara sia quali cibi sono più adeguati per la sua salute, sia i modi per consumarli. Nella seconda modalità, la centralità è posta su un'idea di benessere che si riferisce principalmente alla quantità di cibo, lasciando in ombra altri aspetti dell'alimentazione.

Un altro repertorio di regole si riferisce in modo più preciso agli aspetti relazionali che devono governare il consumo del cibo e che riguardano gli orientamenti attraverso i quali i genitori incentivano in misura maggiore o minore l'acquisizione dell'autonomia da parte del bambino. Nell'individuazione di queste regole i padri fanno sentire di più la loro voce, mettendo in evidenza un sapere dato dalla loro maggiore presenza in questa pratica familiare rispetto a quelle trattate in precedenza: scelta e preparazione del cibo. La maggiore partecipazione è confermata anche dal fatto che la regola del "mangiare tutti insieme" è quella più diffusa tra tutte le famiglie intervistate poiché la cena costituisce anche il principale momento nel corso della giornata feriale in cui a tutti i membri della famiglia è data la possibilità di incontrarsi. E' dunque un momento di scambio tra adulti e tra adulti e bambini, la cui preminenza relazionale ha indotto gli adulti a modificare i propri orari per venire incontro alle esigenze dei bambini: mangiare prima e, nel caso non sia possibile per questioni logistico-organizzative, essere sempre seduti tutti insieme a tavola anche se si mangia a "turni" diversi.

Mangiamo tutti insieme ed è un bel momento. Loro iniziano il primo e noi aspettiamo che finiscano per tirare fuori anche il nostro secondo. Ci raccontiamo della giornata, parlano solamente loro a noi non ci fanno parlare. Loro raccontano come è andata la loro giornata, F. (nome della figlia) parla dell'asilo e L. (nome del figlio) della scuola e se riusciamo a dire qualche parola la diciamo anche noi (Padre, 2 figli, Torino).

Altre regole a favore di questo clima di convivialità è la scelta di non mangiare con la televisione accesa, anche se espressa da un numero inferiore di genitori tra quanti dichiarano di mangiare tutti insieme.

Nei casi in cui i genitori optino per una cena a "turni", in cui i bambini mangiano prima degli adulti, le ragioni addotte sono di due tipi: l'incompatibilità tra l'orario della cena dei figli e quello lavorativo del padre, oppure anteporre la necessità di avere un ambiente tranquillo e con poche distrazioni per il bambino in modo che consumi la quantità di cibo reputata necessaria. Sono esclusivamente le madri a indicare quest'ultima necessità. Le strategie adottate non prevedono solo l'isolamento in un ambiente tranquillo e con poche distrazioni esterne, ma anche l'utilizzare il gioco come medium relazionale attraverso il quale invogliare al consumo di tutto il pasto.

Io preferisco se siamo io e lei, alla grande a volte le chiedo se vuole stare a giocare in sala se non vuole stare da sola non deve fare confusione. Io penso che quando si mangia bisogna stare tranquilli e non si fa altro (Madre, 2 figli, Val di Susa).

Quando fa qualche storia per mangiare abbiamo adottato questa tecnica che funziona perché lei mangia e noi siamo tutti soddisfatti e contenti perché la paura dei nonni e dei genitori è sempre quella che il bambino non mangi abbastanza che non sia ben nutrita (Madre, 1 figlia, Val di Susa).

La metto nella sua seggiolina, lei sa che quello è il momento, le metto il bavaglino, a lei piace tantissimo rifare le stesse cose che faccio con lei, così le devo dare un piattino con il cucchiaino e la sua bambola e mentre io do da mangiare a lei, lei dà da mangiare alla sua bambola. Oppure guardiamo un libricino con le finestre. Il libricino lo facevo già con la prima. È un modo per distrarla e per darle qualche cucchiaino di pappa in più, ma poi diventa un'abitudine (Madre, 2 figli, Val di Susa).

Tra tutte le regole riconosciute importanti dai genitori, quella più diffusa riguarda insegnare al bambino a mangiare da solo, promuovendo e consolidando il suo percorso verso l'autonomia.

E. (nome della figlia) è abbastanza autonoma, mangia da sola, frequenta il nido da quando ha nove mesi. A volte preferisce che sia tu a darle il pezzettino (Madre, 1 figlia, Val di Susa).

Molto spesso non mangia se glielo proponi tu e vuole lei la forchetta, per cui quando la vuole mangia da sola e certe cose le mangia se gliela lasciamo mangiare, e questo credo che sia il nido (Padre, 2 figli, Torino).

Gli faccio due piattini, un piattino con due o tre cosine così lui è contento e fa finta di mangiare da solo e invece con l'altro piattino sono io che do le cose a lui. Sono più le volte che mangia nel suo piatto, quindi io piano piano glielo metto da lui, mangia con le mani. In una mano tiene la forchetta e con l'altra mangia con le mani (Madre single, 1 figlio, Val di Susa).

Ho iniziato a tagliare tutto a pezzettini, a lasciarlo mangiare da solo o con le mani anche facendo pastrocchi non importa lui ha reagito molto bene a questa cosa (Madre, 1 figlio, Torino).

Mangiamo insieme e lui adesso sta incominciando a mangiare da solo, però non è in grado di fare tutta una cena da solo. Quindi metto entrambi i piatti sulla tavola, mentre io mangio con la sinistra, imbocco lui con la destra, che fa di quei pasticci sul tavolo, sotto il tavolo... Lo sgrido, ma poco, perché mi rendo conto che è tutta cosa che serve (Madre, 1 figlio, Torino).

Come si può notare, si tratta di un percorso a tappe, accidentato, in cui i “disastri” e i “pasticci” sono compresi e perdonati. In alcuni casi, soprattutto quelli in cui bambini sono considerati ancora troppo piccoli per mangiare tutto da soli, il gioco diviene uno strumento importante per l'acquisizione dei comportamenti appropriati. Un altro elemento significativo è l'influenza che ha l'istituzione scolastica, il nido in questo caso, nell'accelerare i percorsi di autonomia o nel far scoprire ai genitori che i propri bambini sono pronti e, in alcuni casi, già abili, nel provvedere a sé. Un'ulteriore regola che riguarda la promozione dell'autonomia infantile prevede di non forzare i bambini quando non abbiano voglia di mangiare; implicitamente, ciò significa riconoscere a loro una capacità di autoregolazione.

Le ultime regole incontrate nelle narrazioni dei genitori riguardano quelle che si riferiscono in modo specifico alle “buone maniere”.

Si sta seduti, non ci si alza, si mangia il più possibile educati, con le posate, senza sporcare, si chiede “ per favore “ se si vuole l'acqua (Padre, 2 figli, Torino).

Io voglio che quando si è a tavola si sta tutti a tavola non che uno si alza prima. Avrò la mentalità meridionale, sono stato educato così e mi piacerebbe che anche loro facessero altrettanto (Padre, 1 figlio, Val di Susa)

Qui non è un albergo, quello che faccio per noi, se non vuole mangiare quello che c'è la regola; si alza da tavola e non mangia più, perché all'asilo è così e a casa è così (Madre, 2 figli, Torino).

La difficoltà che abbiamo è quella di far stare a A. (nome del figlio) seduto al suo posto perché vuole venire in braccio a me, probabilmente sente questa mancanza.... È un momento educativo abbastanza delicato. Se partisse dalle 18.30 dopo che uno ha già giocato un'ora e mezza, invece si parte dal momento in cui io sono entrato in casa ed è complicato da gestire: mio figlio mi vede e dopo tre minuti deve stare bravo, educato, mangiare in silenzio (Padre, 1 figlio, Val di Susa).

Come risulta immediatamente coglibile, le narrazioni mettono in evidenza due aspetti differenti collegati al concetto di “buone maniere”. Le prime due rimandano in modo esplicito all'interiorizzazione della buona educazione, ossia rimandano a regole che servono a normare, secondo criteri socialmente costruiti, tanto il comportamento privato all'interno delle mura domestiche, quanto quello pubblico (Elias, 1998). In questo caso l'apprendimento domestico è propedeutico a ciò che dovrà essere visibile anche all'esterno e il bambino, attraverso le buone maniere, veicola un'immagine socialmente accettabile della propria famiglia. Le ultime due testimonianze rimandano a un piano di regolazione relazionale interno ai rapporti familiari, in cui si cerca di trasmettere al bambino che ogni attività prevede regole sue proprie che permettono di distinguere quando un comportamento è appropriato e quando non lo sia. Le parole del padre rivelano però la fatica di far collimare un'aspettativa di tipo ideale con la contingentazione dei tempi

della vita familiare, così pochi concilianti il tempo familiare e il tempo del lavoro e così mortificanti le relazioni affettive.

### 1.2.2 I conflitti tra genitori e figli intorno al cibo

L'analisi di quali temi legati all'alimentazione divengano oggetto di conflitto tra genitori e figli ci permette di compiere ulteriori approfondimenti in merito ai contenuti dell'adeguatezza genitoriale e alle rappresentazioni di infanzia e di benessere infantile. Se intendiamo il conflitto come l'espressione di punti di vista divergenti su un medesimo argomento, e ciò secondo una valenza "neutra", esso può essere considerato come strumento di comprensione e di interpretazione del modo in cui si costruiscono, si adattano o si trasformano le relazioni tra soggetti caratterizzati da un diverso differenziale di potere, di saperi, di competenze e di capacità relazionali. In altre parole, l'analisi dei contenziosi a tavola o intorno al cibo diviene un modo per capire come si costruisce e si negozia nella pratica quotidiana, il contenuto dell'autonomia infantile e dell'autorità adulta.

Le interviste mettono in evidenza come il "rifiuto del cibo" sia il principale oggetto del contendere sia nelle narrazioni materne che in quelle paterne. Non è solo il contenzioso più frequente, ma è anche quello percepito con maggiore preoccupazione dai genitori. Come rilevato in altri studi (Douglas, 1993; Maher, 1992; Siebert, 1984; Murcott, 1993; Zaltron, 2009) il cibo è uno dei canali principali attraverso cui si struttura il legame e la responsabilità genitoriale poiché alimenta e nutre in senso fisiologico e simbolico la tenuta di queste relazioni. Rifiutare il cibo ha quindi delle implicazioni simboliche, emotive, psicologiche che rimandano a significati molteplici che possono posizionarsi lungo un continuum che va dall'accettazione di un punto di vista diverso espresso dal bambino fino al sentire messa in discussione la propria competenza genitoriale (Siebert, 1984). Le modalità attraverso le quali sono trattati i contenziosi in merito al rifiuto del cibo ci indicano in quali punti di questo continuum si collocano i genitori.

Le testimonianze raccolte, innanzitutto, ci dicono che rifiutare il cibo può essere inteso secondo quattro attribuzioni di senso: perché non si ha più fame, perché si hanno gusti selettivi, perché si mangia poco come quantità, oppure perché è espressione dell'inizio di un malessere. A seconda del senso attribuito al rifiuto, madri e padri, molto spesso in accordo tra di loro, propongono strategie di trattamento differenti, più frequentemente tendenti all'adeguamento o alla negoziazione e solo in rari casi all'imposizione del proprio punto di vista.

Quando un bambino rifiuta il cibo perché non ha più fame, le strategie adulte prevedono, nella maggior parte dei casi, un adeguamento negoziale che vede concordi entrambi i genitori, ovvero si accetta che il bambino esprima forme di autoregolazione dell'appetito come espressione di una riconosciuta autonomia. Tuttavia, anche nel caso in cui sia ritenuta non del tutto sufficiente la quantità di cibo assunta, non gliene si offre in alternativa e, in alcuni casi, gli si chiede di rimanere seduto a tavola.

Non mangia. Al terzo tentativo non gli diamo più niente lo lasciamo stare. Non solo nel cibo ma anche in altre cose quando non vuole fare una cosa nel momento giusto lo lasciamo stare se lo risolve da solo. Noi non assecondiamo molto le persone né noiose né capricciose. Quando non riusciamo a risolverlo non lo risolviamo, deve capire che non abbiamo trovato una soluzione. Questo ce lo siamo inventati probabilmente deriva dall'educazione che abbiamo ricevuto. Anche io e mia moglie non ci stiamo molto dietro. Se io torno dal lavoro e mi lamento non mi ascolta molto e viceversa tranne quando capiamo che c'è un problema serio da discutere (Padre, 1 figlio, Val di Susa).

Se non ha fame, mangerà poi, ma rimane a tavola con noi (Padre, 1 figlio, Torino).

Mangiamo le stesse cose ma a volte ci sono i capricci a tavola. Il tentativo è sempre quello di gestire la situazione con il massimo di calma possibile, senza farsi trascinare nel gorgo del provare a imporsi con un tono di voce più alto, piuttosto che con l'aggressività o comunque con modalità direttiva, ma cercando, proviamo a rimanere fermi nel farle comprendere, per quanto possa essere piccola, quello che è: se fa i capricci perché non vuol mangiare quello, però da mangiare c'è quello e fino a ieri ti è piaciuto e quindi per noi diventa un capriccio. Capire per lei che non si possono fare i capricci, quindi non si dà altro (Padre, 1 figlia, Val di Susa).

Non mangia, non gli do alternative anche perché non mangia mai una sola cosa, gli preparo sempre due o tre cosine in modo che possa scegliere quella che gli piace di più (Madre single, 1 figlio Torino).

Ciò che caratterizza queste modalità di trattamento del conflitto è la dimensione di reciprocità nel rispetto delle diverse regole che governano la relazione: il genitore si adegua alla volontà del bambino e il bambino accetta le regole di consumo date da un cibo uguale per tutti e dal consumare i pasti insieme.

La seconda modalità di trattamento di fronte a questo rifiuto è di adeguamento pieno alla volontà del bambino, senza ulteriori richieste da parte dei genitori.

Per me non importa sarà che ho avuto una mamma molto opprimente da questo punto di vista, se non vuole mangiare penso che non importa mangia il giorno dopo l'ho già subito io questa cosa, non mi angoscia in tanto penso che mangia o durante la giornata o il giorno dopo mangia un po' di più, poi A. (nome della figlia) è molto inappetente quindi sono abituata (Madre, 2 figli, Val di Susa).

E. (nome della figlia) è un lupo, quindi se non vuole mangiare non insisto mai perché non ha fame o non ne ha voglia (Madre, 1 figlia, Val di Susa).

Abbiamo capito che se non vuole, non vuole può essere anche la cosa che ama di più nella vita, ma se non mangia, non mangia. Oramai abbiamo capito (Padre, 2 figli, Torino).

Ho sentito dalle mamme che si lamentano dei bambini che non mangiano io dico se è solo un giorno o due magari è disturbato o ha qualcosa che non va o semplicemente non ha appetito, considerando che lo allatto si nutre ancora con il latte stesso. Se vedo che dopo tre o quattro giorni continua può darsi che ci sia un problema (Madre, 2 figli, Val di Susa).

E' una bambina molto tranquilla, mangia di tutto, assaggia di tutto. Quando è malata, l'ho sperimentato a ottobre, è una rugna pazzesca: non mangia a quando uno è abituato bene, si arrabbia e ha poca pazienza (Madre, 2 figli, Val di Susa).

In questo caso vi è il pieno riconoscimento della capacità infantile di sapersi autoregolare rispetto ai propri bisogni e il genitore si pone in una dimensione primariamente di ascolto dei modi in cui il bambino li esprime. Questa modalità ha ovviamente una tenuta limitata nel tempo: più giorni consecutivi di inappetenza, che in qualche misura minano le *routine* con cui i genitori hanno imparato a riconoscere le forme di assunzione del cibo dei propri figli, si trasformano nell'indicatore di una trasformazione in corso di cui è necessario comprendere la natura: un malessere, una modificazione nei gusti, una fatica emotiva come espressione, per esempio, di gelosia nei confronti di un fratellino appena nato.

La terza strategia si pone in posizione intermedia tra queste due e riguarda sia il rifiuto del cibo quando non si ha più fame, sia il rifiuto di cibi non apprezzati dal punto di vista del gusto.

Insisto un po' giocando, distraendolo con il gioco era più facile però era diventato che lui senza giochi non mangiava più quindi ho cercato di ridurre la fase gioco e di essere più dura, se non mangi, scendi e basta. Poi dopo tanto c'è il latte, io glielo ho sempre dato (Madre, 1 figlio, Torino).

Non ha una passione per il cibo, l'insalata la mangia volentieri, il cavolfiore i broccoli, ma non l'ho mai forzata, anche alla sera facciamo la gara a chi finisce prima metto il boccone arriva la cornacchia e te lo mangia, oppure facciamo l'aeroplano e lei un po' mangia. Io le dico non vuoi più questo vuoi uno yogurt se dice no basta. Poi magari la metti a letto e ti dice mamma ho fame. Mamma ho fame e allora il biberon di latte (Madre single, 1 figlia, Torino).

Io non insisto più di tanto. Se vedo che lui non accetta il mangiare non insisto. Capita dalle sere che gli propongo la pasta con il pomodoro e non la vuole, se vedo che me la sputa, gli do il prosciutto o il parmigiano. Se vedo che non gradisce tutto quello che gli do allora evito di stressarlo, gli do un po' di tetta (Madre, 2 figli, Val di Susa).

Ultimamente sì, da un paio di mesi ogni tanto fa i capricci, salta quasi completamente un pasto io non mi sono mai preoccupata più di tanto è sempre stata bella pienotta e poi perché la pediatra mi aveva detto un po' di tempo fa che intorno all'anno e mezzo/due c'è proprio un cambiamento fisiologico da parte del bambino. Per questa cosa quindi rifiutare il cibo di non volere delle cose di non preoccuparmi che i bambini si regolano abbastanza, è ovvio che un minimo di cose le deve assumere durante la giornata. All'inizio non ci ho fatto caso più di tanto. Delle volte presa da un senso di colpa decidevamo di darle il biberon, ma avevamo paura che poi lei associa non mangio e mi danno il biberon (Madre, 1 figlia, Torino)

Ciò che sembra prevalere è un adeguamento alla volontà infantile tenendo, tuttavia, sotto controllo la quantità di cibo che si ritiene adeguata a ciò che il bambino deve assumere nel corso del pasto. Il latte, sia esso artificiale o materno, diviene il regolatore di tale quantità.

Diverso è il caso quando i bambini non mangiano per espressione di gusti selettivi verso il cibo cui si associa con molta frequenza un comportamento inappetente verso i cibi proposti dai genitori.

In questi casi abbiamo tre forme di trattamento di questo genere di contenziosi. Il più diffuso prevede forme di adeguamento ai rifiuti infantili.

Lei da piccolina ha mangiato tanto il pesce e adesso ma anche a me non piace tanto mi ricordo che da bambina con mia mamma quando passavamo davanti ai banchi di pesce mi veniva da vomitare. Ma capisco che se non le piace...la dottoressa mi ha detto che è sbagliato, in questo momento c'è questa situazione e voi non dovete dare un'alternativa...Forse è giusto perché avendo le alternative forse nella sua testa se voglio può fare anche i capricci, è un modo diseducativo, ma oggi stiamo così bene che abbiamo le alternative (Madre, 1 figlia, Torino).

Ieri sera, è successo che non ha mangiato niente, tutto quello che gli davvo non lo voleva, anche le alternative: le avevo preparato le zucchine con la carne e non le ha volute, gli ho dato del prosciutto, gli ho dato la ricotta, gli ho dato il riso, niente non ha volto niente. Per cui non ha mangiato niente, ha fatto poi verso le 9.30 uno spuntino, ha mangiato un biscottino così (Madre, 1 figlio, Torino)

Quando non vuole mangiare non cambia proprio niente, so che è sbagliato ma pur di non mandarla a dormire con lo stomaco vuoto, le do quello che vuole (Madre, 1 figlia, Torino)

Governano queste modalità relazionali sia il timore che il bambino non mangi, sia la fatica di sostenere attraverso l'esercizio dell'autorità adulta il proprio punto di vista.

La seconda modalità preferita è quella negoziale, in cui attraverso il camuffamento dei cibi, oppure attraverso relazioni ludiche nel corso del pasto, si cerca di arrivare a una mediazione rispetto alla quantità di cibo da assumere considerata adeguata. In questo caso la negoziazione tende anche a sostenere la regola dell'assaggiare di tutto con lo scopo di fornire al bambino una maggiore flessibilità alimentare.

Io ho un poco più di pazienza rispetto a mio marito, nel senso che mi siedo e incomincio a distrarla, la intrattengo. Mangia da sola, dopo un po' probabilmente si stufa e incomincia a manifestare un po' di dissenso, faccio mangiare i pupazzi e poi mangia lei, la distraigo riesco a farle finire quello che deve mangiare (Madre, 2 figli, Torino).

Cerco di proporgli verdure, la verdura la nascondo in mezzo ad altre cose, visto che gli piace la carne, faccio delle polpette in cui dentro c'è la verdura...ogni volta sembra un ristorante, cose diverse, torte salate (Madre, 1 figlio, Torino).

L'ultima opzione è quella dell'imposizione, molto poco praticata, e attuata soprattutto in quei casi in cui i genitori attribuiscono al rifiuto del cibo la dimensione del "capriccio", che implica non riconoscere la legittimità di un diverso punto di vista. In questi casi, l'imposizione si configura attraverso due forme relazionali: quella del ricatto e quella della minaccia cui può seguire la sanzione.

All'inizio soprattutto da parte mia c'era un atteggiamento un po' violento, mi arrabbiavo molto, poi visto che non si ottiene nessun risultato si spaventa e basta adesso è raro, abbiamo preso l'abitudine di togliergli il piatto non vuoi mangiare basta. Allora anche lui tiene il muso poi c'è il classico ricatto se non mangi quello poi mangi l'altro (Padre, 1 figlio, Torino).

Per lui ho fatto solo quello e mangia quello. Magari non glielo faccio mangiare tutto però deve mangiarlo....Gli apro la bocca e se lo mangia. Se tenta di buttarlo fuori gli dico che lo metto in castigo dietro l'angolo non so se capisce, ma so che mi esce bene, non lo mangia tutto ma qualcosa riesco a fargli mangiare (Madre single, 1 figlio, Val di Susa).

Diverso ancora è il caso in cui il rifiuto del cibo sia percepito come espressione di un malessere. In questi casi, la scelta relazionale è di adeguamento alle richieste del bambino, fatto salvo quei casi in cui, dietro suggerimento del pediatra, l'assunzione di cibo abbia una valenza terapeutica.

Quando non sta bene, lui soffre di bronchite asmatica e magari ha la febbre, si cerca di mediare un po', di essere più tolleranti perché non ha molta fame...Allora si cerca di mediare quando non sta bene: il passato di verdura non è che gli va tanto, allora spunta lo yogurt per aiutarlo un po' (Madre, 2 figli, Torino).

Ci sono dei periodi che lui, forse non si sente tanto in forma, non vuole mangiare niente, beve acqua. Cerco di insistere per vedere se riesco a fargli mangiare qualcosa, anche la pediatra me lo ha detto: qualsiasi cosa basta che mangi qualcosa. Uno yogurt, un budino, magari i wurstel qualcosina la mangia non tantissimo (Madre, 2 figli, Val di Susa).

Le altre due forme di contenzioso a tavola richiamano in maniera più diretta le buone maniere. Sono casi molto meno diffusi anche in relazione all'età dei bambini cui è riconosciuta una minore maturità di sviluppo e, di conseguenza, una minore capacità di saper stare in modo educato a tavola. I contenziosi riguardano il "tirare il cibo per terra" o la richiesta dei genitori di "mangiare seduto". Nel primo caso l'atteggiamento prevalente dei genitori è quello dell'adeguamento al comportamento dei bambini, motivato dall'attribuire una caratterizzazione ludica a queste modalità comportamentali. Si trasforma in imposizione con sanzione quando la dimensione ludica viene percepita e si trasforma in una sfida all'autorità adulta.

Io rido, sto cercando di insegnare quando vuole lanciare la roba di metterla almeno sul tavolo, qualche volta lo fa (Padre, 1 figlio, Torino).

Per esempio lui vuole bere da solo per cui gli dai il bicchierino in mano, beve e poi ti guarda e lo lancia per terra. Allora lo sgrido, ma quando lo sgrido lui ti ride in faccia e fa ancora peggio. Allora gli do uno schiaffo sulla mani e lui va dalla mamma. Ma anche la mamma lo sgrida, magari un pochino più con garbo, ma quando ci vuole la sgridata ci vuole (Padre, 2 figli, Val di Susa).

Nel caso della richiesta del "mangiare seduti" prevalgono soprattutto forma di adeguamento in relazione alla riconosciuta immaturità cognitiva e relazionale dei bambini nel poter star seduti a tavola per lungo tempo. In alcuni casi, alla concessione di alzarsi da tavola non corrisponde quella di continuare a mangiare introducendo, nuovamente, quella reciprocità del rispetto e negoziazione delle regole tra genitori e figli vista in precedenza.

### 1.2.3 I conflitti tra *care-giver* intorno al cibo

Nel corso delle interviste è stato chiesto ai genitori di esprimere il loro grado di accordo e di disaccordo in merito ai criteri di scelta e di consumo del cibo gestito da altri soggetti che si prendono cura dei bambini. Non si può dire che attraverso queste domande si sia potuto ricostruire in modo puntuale la rete di aiuti dei prestatori di cura che sostengono insieme con i genitori il percorso di crescita del bambino, argomento non previsto nell'economia del presente lavoro. Tuttavia, questo insieme di domande ha permesso di individuare come nella pratica quotidiana si consolidino i saperi relativi al benessere infantile e all'adeguatezza genitoriale e a quali fonti diano maggior credito i genitori nel comporre queste conoscenze.

I primi dati che emergono analizzando le interviste permettono di ricostruire un quadro di generale omogeneità di esperienze sia tra madri e padri, sia tra famiglie che risiedono a Torino e in Valle di Susa. Essi riguardano sostanzialmente tre aspetti: il primo conferisce ai nonni la funzione di principali *care giver* cui le famiglie fanno riferimento e che le accompagnano nel percorso di crescita dei bambini. Sono figure importanti e presenti anche nei casi in cui i bambini frequentino il nido. Il secondo aspetto concerne il sostanziale disaccordo che i genitori nutrono nei confronti dei nonni sia per quanto riguarda i criteri di scelta, sia le modalità di consumo dei cibi. Il terzo aspetto, che è strettamente connesso al precedente, richiama la maggiore attribuzione di legittimità conferita ai saperi esperti, in particolare modo pediatrici, nel definire per lo meno le basi sulle quali strutturare competenze appropriate in merito all'alimentazione dei figli.

Se entriamo nel dettaglio delle ragioni che sostanziano il disaccordo rispetto ai criteri di scelta, incontriamo al primo posto la frequenza con cui i nonni fanno mangiare ai nipoti cibi ritenuti inadeguati, dal punto di vista dietetico, dai loro genitori.

C'è uno scontro continuo e come tutte le nonne fa mangiare tutte le cose proibite (Madre, 2 figli, Torino).

Mi è capitato con mia suocera perché lei era subito per dare questi cibi troppo conditi li sentivo pesanti anche io e per un bimbo piccolino erano un po' esagerati paradossalmente lui preferiva mangiare quei cibi. Io gli facevo la zuppa con la zucca e il miglio e il bambino sputava lontano un chilometro, lo portavo là la nonna faceva la pasta al forno con le polpette buonissime ma molto condite lui mangiava che era una meraviglia e quindi c'era questa cosa un po' della suocera poi cavoli ti faccio le cose che ti fanno bene devi combattere sempre e quindi ero molto in disaccordo (Madre, 1 figlio, Torino)

Come sull'alimentazione io sono sempre stata molto rigida. A G. (nome del figlio) a un anno non gli facevo assaggiare il salatino...Con le nonne per loro darebbero cavolate tutti i giorni....Anche mia suocera con G. (nome del figlio) quando era piccolo io lo yogurt glielo davo, il Danito no perché è pieno di conservanti. Arrivavo a casa e vedevo le vaschette di Danito vuote. Io sono mamma e vedo le cose con un po' più di intimità (Madre, 2 figli, Torino).

Abbiamo avuto un contrasto con i nonni perché una sera che siamo andati a cena lei ha mangiato e la nonna le ha detto che le avrebbe dato una sorpresa. Dopo cena le ha dato l'ovetto Kinder gliene abbiamo dato metà l'altra metà l'abbiamo nascosta ma poi mia moglie mi ha raccontato che ha avuto da dire con i suoi genitori perché le hanno dato due cucchiari di zucchero così da mangiare. Se le hai dato già mezzo ovetto perché lo zucchero? (padre, 1 figlia, Torino).

Noi ci arrabbiamo perché se a casa mettiamo delle regole è giusto che anche voi ci aiutate a mantenere le regole. Loro, vedendolo poco, sono sempre più elastici (Padre, 2 figli, Torino).

Dalle testimonianze emerge un doppio tono di disapprovazione che riguarda sia la scelta di alimenti considerati dannosi, sia l'incuria educativa attuata attraverso il frequente adeguamento a qualunque richiesta infantile

La seconda ragione di disaccordo concerne la percezione di un'invasione di campo rispetto a temi, regole, contenuti educativi che i genitori considerano di proprio appannaggio

Sono loro a dire a noi che cosa dare da mangiare ai bambini e si mettono troppo in mezzo ai panni del genitore. Allora io dico: "una volta come facevate?". Venite a dire a me che cosa dare da mangiare ai miei figli quando una volta queste cose non c'erano (riferiti alla tipologia di cibi e al modi di preparazione), per questo non gli do tanta fiducia (Padre, 2 figli, Torino).

(rispetto alla dieta stabilita con il pediatra) Io sono molto polemica nei confronti di mia mamma, per cui deve venire qua e fare quello che le dico io e basta (Madre, 2 figli, Torino).

Qui risulta ancora più evidente la svalutazione dei saperi di senso comune intergenerazionali. Al contrario, i casi di accordo sono veramente molto esigui e riguardano l'apprezzamento delle doti culinarie di madri e suocere, mentre in un solo caso più che una dimostrazione di accordo vi è la dichiarazione di una madre single che afferma di non potersi permettere di essere in disaccordo visto che i nonni costituiscono la rete primaria e fondamentale per la gestione e la cura del figlio.

Non cambia di molto lo scenario se analizziamo le ragioni che sostanziano accordi e disaccordi per quanto riguarda le regole che governano le modalità di consumo dei cibi.

Il disaccordo principale è rappresentato dalla presenza di regole contrarie a quelle adottate dai genitori, riferite principalmente a quei casi in cui i bambini dimostrano svogliatezza nel mangiare, oppure alla mancanza di regole certe o, meglio, all'esistenza di regole che vengono però continuamente disattese per assecondare le richieste dei nipoti.

In altre cose è più capriccioso, le fa fare come gli altri nonni di più di quello che gli facciamo fare noi, non è che lo sgrida tanto e quindi fa un po' più quello che vuole. (per esempio se non vuole più stare seduto) come lui dice giù lo fanno scendere o lo prendono in braccio (Madre, 1 figlio, Torino).

I nonni giungono sempre a compromessi invece noi possiamo essere un po' più duri (Padre, 1 figlia, Torino).



Vuole la caramella e loro gli vanno a comperare le caramelle gomgnose piene di zucchero, io non dico niente se gliene danno una ma se gli dai l'intero pacchetto alle 7 prima di mangiare poi il bambino non mi mangia più, è un argomento di cui litighiamo spesso. Oppure magari gli danno alle 7 una merendina o una pizzetta, perché il bambino loro non lo vedono tanto, è un bambino a cui piace mangiare capisco anche che faccia piacere ma non fa bene per il bambino se gli dai la brioche alle 7 poi non cena (Madre, 1 figlio, Val di Susa).

Quello che si rimprovera ai nonni è l'assenza di un limite considerato necessario al bambino per imparare a confrontarsi in modo appropriato e a saper utilizzare al meglio i propri strumenti relazionali, utili soprattutto per imparare a distinguere ciò che si ritiene adeguato dal punto di vista alimentare e al mantenimento del benessere.

Altro motivo di disaccordo che si pone, in un certo senso, in contrapposizione al precedente, è quello di introdurre regole di consumo del cibo troppo rigide che non sanno porsi in una dimensione di ascolto e di negoziazione con le istanze infantili, come si evince dalle testimonianze di questi due genitori, che concordano sul comportamento dei nonni giudicato inadeguato al benessere del bambino.

Per loro devono mangiare lo facevano anche con me, mi riempivano di ricostituenti, mi facevano le punture. Sono sempre stata inappetente e quindi anche con loro insistono e abbiamo da dire per me è sbagliato insistere...Magari la bambina non voleva mangiare, loro la obbligavano e lei si faceva venire il conato di vomito. Secondo me e secondo il parere del pediatra non serve insistere con il cibo loro non si lasciano morire di fame. La loro teoria è un'altra bisogna insistere perché i bambini cicciotti sono più resistenti, dicerie (Madre, 2 figli, Val di Susa).

Non gli abbiamo mai mandato giù il cibo con l'imbuto cosa che mia suocera fa un po' di più e mi dà fastidio. Per lei il sinonimo della salute del bambino è la grassezza, quando mangiano da lei le dà le brioscine, io sono contrario a tutte queste porcherie pur di vederli mangiare. Interveniamo ma è una causa persa, infatti tendiamo a darglieli il meno possibile proprio perché a me piacerebbe educare i figli in una certa maniera. È ovvio che i nonni danno i vizi ma fino a un certo punto, se io ti dico che le brioche non gliele devi dare, non gliele devi dare, perché poi è ovvio che quando arriva a casa la sera non ha fame (Padre, 2 figli, Val di Susa).

I casi di accordo prevedono il riconoscimento ai nonni di una maggiore pazienza nei confronti dei bambini, la quale permette loro di far assumere con maggior frequenza le quantità di cibo preparate, diversamente da quanto succede ai genitori. Inoltre, si riconosce ai pasti consumati con i nonni una dimensione di maggiore convivialità che aumenta le capacità dei bambini di stare a tavola con piacere.

## 2. La salute e la malattia

Come è stato argomentato, il passaggio dallo stato di salute a quello di malattia non è un atto puramente organico, quanto il frutto di un percorso di attribuzione di senso socialmente costruito a stati di malessere i quali, quando percepiti e riconosciuti come tali, possono essere considerati sintomi indifferenziati che, successivamente, verranno interpretati come l'espressione di stati patologici veri e propri (Good, 2006).

Questo complesso percorso non si esaurisce con l'individuazione dello stato di malattia, ma si connette strettamente con la scelta del percorso di trattamento, sia che si tratti di pratiche di cura fondate sui saperi esperti in campo medico, sia che si tratti di pratiche di cura fondate su saperi di senso comune e di pratiche che nascono dalla mescolanza di saperi (Augé, Herzlich, 1986; Bert, Quadrino, 2002).

Nelle interviste condotte con i genitori, attraverso i racconti dei percorsi che conducono dallo stato di salute al malessere, al sintomo, alla malattia, alla cura, è possibile individuare ciò che essi ritengono essere costitutivo delle pratiche quotidiane connesse con la responsabilità genitoriale, soprattutto per quello che riguarda il mantenimento e la riacquisizione del benessere dei bambini, nonché la co-costruzione del percorso stesso e la negoziazione terapeutica (Bert, Quadrino, 2002; Bucchi, Neresini, 2001).

Come dichiarato esplicitamente in alcune interviste, e anche come implicitamente rintracciabile in larga parte delle testimonianze raccolte e riferite a due episodi di malattia di diversa gravità, le capacità di "prendersi cura" e di "curare" i figli sono percepite e talvolta dichiarate come parte fondamentale dei compiti e delle responsabilità genitoriali; esse, come vedremo, rappresentano una sfida per l'equilibrio tra l'autonomia decisionale dei genitori e i riferimenti percepiti vincolanti, e si manifestano in complessi giochi relazionali che rispondono a varie lealtà: verso la propria esperienza e le proprie convinzioni, verso i saperi di senso comune presenti nella rete parentale e amicale, verso i saperi esperti variamente intesi, in particolare quelli del campo medico (Bucchi, Neresini, 2001; Ehrich, 2006).

### 2.1 Individuare la malattia

In quest'ottica, il saper individuare gli stati di malattia, e *in primis* il saper individuare gli indicatori dell'avvenuto passaggio dal benessere al malessere, e da esso a una eventuale, possibile malattia, è un compito importante per stabilire l'adeguatezza della propria genitorialità, sia nei termini del riconoscimento sociale, sia nei termini psicologici dell'autostima (Ehrich, 2006).

Ecco, dunque, che il passaggio dal benessere al malessere inizia a comporsi attraverso l'individuazione di stati del bambino che paiono scostarsi dalla consuetudine del quotidiano, la cui osservazione testimonia la capacità dei genitori e, in particolare, della madre, di saper "prendersi cura" dei piccoli.

Solitamente, quando capisco che c'è qualcosa che non va... quando rifiuta categoricamente il cibo e aumenta molto di più la richiesta di latte e il contatto... e diventa particolarmente marmone e lagnoso, vuol stare in braccio, da una parte è agitato e dall'altra è calmo (Madre, 1 figlio, Torino).

Me ne accorgo perché mangia poco e dorme male, se si sveglia tante volte di notte è perché c'è qualcosa che non quadra (Madre, 2 figli, Torino).

Te ne accorgi dall'atteggiamento quando un bambino sta male. A parte gli occhi, lo vedi che non reagisce più di tanto, non gioca. Io che seguo anche molto l'istinto... lo vedi quando ha male al pancino, si china, diventa noioso e inizia a piangere. Devi ascoltare il bambino perché il bambino ti fa capire dagli atteggiamenti, dallo sguardo... è tuo figlio, quindi lo capisci a pelle (Madre, 2 figli, Val di Susa).

Il fatto che si tratti del "proprio" figlio, il richiamare l'istinto e l'intuizione ("a pelle"), unitamente al dover essere ("devi ascoltare il bambino") che non illustra una regola tecnica, ma una norma

morale che rimanda al “saper prendersi cura”, indicano come la capacità di individuare gli indicatori di malessere sia ritenuta una delle capacità fondanti della responsabilità genitoriale.

Anche dalle testimonianze dei padri, seppur, in generale, proposte con minore precisione e dovizia di particolari, si rileva come l’osservazione sia ritenuta uno dei fondamenti del “saper prendersi cura”.

...è più lento, meno vivace, più spento, più silenzioso, ha lo sguardo più lento, quando è meno reattivo lo percepisco da questa cosa qua... (Padre, 1 figlio, Val di Susa).

...era diventata un po’ inappetente e lì, al momento della cena, io e C.(nome della moglie) ci siamo accorti che mangiava meno, con meno piacere, con meno energia, non erano capricci, era proprio una questione di cambiamento di bisogno...in realtà, aveva un po’ di febbre...(Padre, 1 figlia, Val di Susa).

Se il passaggio dallo stato di benessere allo stato di malessere pare fondarsi, per madri e padri, sull’osservazione come attività importante del “saper prendersi cura” e sulla doverosità attribuita, in via implicita o esplicita, a tale attività, il passaggio dal malessere alla malattia pare richiedere non soltanto l’osservazione, ma anche la capacità di rilevare, e soprattutto di tenere nella giusta considerazione, qualche dato che pare essere più “oggettivo”: pianto, febbre, vomito, diarrea, disturbi del respiro, ecc...

Lo si vede dagli occhi, ha questi occhi abbacchiati, stranamente calmissimo, la fronte calda e da lì si è sviluppata... aveva la febbre molto forte, 39,3, io ero a lavorare, di giorno lo avevo visto un po’ caldo...quando sono arrivato a casa alle tre, che il bimbo non aveva dormito un secondo, era caldo, era quasi nudo per prendere la temperatura...dopo qualche giorno è iniziata la tosse che sembrava tranquilla e poi si è fatta sempre più grassa...(Padre, 1 figlio, Torino).

Durante la notte lei si è svegliata urlando ed è una cosa che non succede così facilmente, e da lì l’abbiamo presa e l’abbiamo messa nel nostro letto, dopo poco si è messa a vomitare nel letto, su di noi, ha preso un’infezione intestinale...(Padre, 2 figli, Torino).

Febbre, vomito, otite...Diventa un po’ lagnosa, piagnucola e non vuole fare niente, poi ha questo modo di fare per cui si appoggia da una parte resta così, è uno stato diverso dal normale, con gli occhi rossi e cominciava già ad avere la tosse, il muco dal naso...(Madre, 2 figli, Torino).

Quando di notte comincia ad agitarsi, parla, ti chiama spesso, mi sono alzata, l’ho toccata, era rossa, aveva 39...se smette di mangiare...poi lei è una bambina allegra, diventa mogia. Poi muco giallo dal naso, la tosse catarrosa (Madre, 1 figlio, Torino).

Quest’opera di osservazione dei mutamenti nei comportamenti e negli stati fisici, seguita dall’interpretazione del loro significato che li trasforma in “sintomi” e dalla loro selezione in termini di gravità, per arrivare a una ipotesi di stato di malattia, si complica in quanto per i genitori non sempre risulta agevole proprio discriminare tra i “sintomi”.

Vedo a tentativi, nel senso che quando la vedo che salta, gioca, allora la vedo più come una coccola se la vedo che è più abbattuta...poi magari è solo una scena, ma le dico ti do le goccine per il mal di pancia...dal comportamento (Madre, 1 figlio, Torino).

Mi sono un po’ preoccupata anche perché io, su di lei, ho un po’ di paure perché ha iniziato a camminare prima o vede il fratellino e fa delle cose che non sono alla sua portata, lei casca tantissimo ed è sempre segnata in testa, per cui mi è venuto questo scrupolo che abbia qualche problema (Madre, 2 figli, Torino).

Diciamo che ogni volta che ha avuto qualcosa che non andava io mi sono accorta in anticipo, lui si lamenta, dà segni, dalla pappa, dal sonno allora so che c’è qualcosa che non va [...] (L’episodio) più importante è stato la pironefrite che è l’infezione delle vie urinarie alte, ha avuto vomito, non aveva febbre...aveva un vomito che non riuscivo a spiegare, un vomito a getto e lo ha anticipato due settimane prima di portarlo in ospedale. Vomitava senza ragione dopo che io gli davo il latte (Madre single, 1 figlio, Torino).

Espressioni quali “vomito che non riuscivo a spiegare”, “vado a tentativi”, “mi è venuto questo scrupolo”, ci fanno comprendere quanto sia difficile il processo interpretativo che deve essere

operato sulle manifestazioni fisiche e di comportamento dei figli e quando sia complicato, da parte di persone che non hanno conoscenze specifiche di carattere sanitario, attribuire a tali manifestazioni allo stato di malattia. Vale, a questo punto, ricordare che per arrivare ad attribuire agli stati di malessere lo statuto di “sintomo” prima, e di “sintomo certo di malattia” successivamente, è necessario compiere complesse operazioni di selezione e di interpretazione. Esse chiamano in causa saperi di senso comune o saperi esperti, quasi che il sintomo sia una mappa geografica (Bert, Quadrino, 2003) che permette, attraverso la selezione e la ricomposizione di rappresentazioni di un particolare territorio, ossia il corpo sofferente, la strutturazione di un percorso d’azione.

Tra gli strumenti che appaiono utilizzati per dare un senso agli stati di malessere e per giustificare, in tal modo, l’assunzione di essi alla categoria dei sintomi di una possibile malattia, nonché l’individuazione dei possibili rimedi e della cura, troviamo l’imputazione di causa (Good, 2006; Bert, Quadrino, 2003). La maggiore presenza delle madri nella vita quotidiana dei figli, nonché il loro maggiore farsi carico della cura quotidiana dei piccoli, influenza l’esistenza, a nostro avviso, di una maggiore probabilità di osservare il passaggio dallo stato di benessere a quello di malessere e di malattia e di una maggiore necessità di dare un senso a tale passaggio. Per le madri, infatti, a fronte di 46 racconti attesi di episodi di malattia, sono 17 gli episodi per i quali l’imputazione di causa è stata tematizzata, spontaneamente o dietro sollecitazione dell’intervistatrice. Per i padri, a fronte di 34 racconti attesi, soltanto in 8 casi ciò è stato possibile.

Poi diceva che voleva fare la pipì ma non la faceva e dopo cinque minuti di nuovo, allora ho pensato che potesse avere un po’ di cistite...ho pensato che fosse legata all’influenza intestinale, magari un passaggio di germi da una parte all’altra e poi non lo so, dire lo stress è troppo piccola, pantaloni attillati non ne usa (Madre single, 1 figlia, Torino).

L’untore è stato mio marito, l’ha attaccato a lei e lei se lo è preso e poi lo ha attaccato a me, è stata un’influenza che in due settimane ce la siamo presa tutti. [...] Io credo molto alla somiglianza, alla familiarità. La mia bambina è nata una settimana dopo e dicono che questo predisponga alla dermatite e lei ha avuto la dermatite, mio marito ha avuto una dermatite atopica negli ultimi venti anni della sua vita e io ho visto che allattandola io, il contatto con il pannolino, era tremenda. Adesso che non beve più il latte è quasi scomparsa (Madre, 1 figlia, Torino).

Queste due testimonianze costituiscono esempi di come l’imputazione di causa giovi a dare senso sia a stati di malessere non ancora ben identificati come sintomi di una patologia (“cistite?”), sia a stati di malessere già costruiti come sintomi (sintomi dell’influenza, dovuta alla trasmissione di un virus, e sintomi della dermatite, dovuta a “familiarità” e al “latte”).

La “cause” indicate possono essere le più disparate: mal di gola, raffreddori, problemi gastrointestinali dovuti alla dentizione; pratiche di accudimento giudicate, a posteriori, non corrette:

c’è stato un periodo che forse l’ho coperto un po’ troppo ed è forse stato per quello che si è ammalato (Madre, 2 figli, Val di Susa).

[...] può essere [...] stato un colpo d’aria, qualcosa che ha mangiato e che non ha digerito, possono essere mille i motivi. [...] Siamo usciti io e lui un sabato mattina e gli era preso freddo ai piedini (Padre, 2 figli, Val di Susa).

L’imputazione di causa può anche essere ricercata *ex post*, passata l’emergenza, per ricostruire il senso degli accadimenti legati alla “malattia” e comprenderli meglio. Nella testimonianza che segue, è ben visibile, oltre a questa modalità a posteriori dell’imputazione di causa, il legame tra mantenimento dello stato di salute, genitorialità adeguata e imputazione di causa. Si tratta del racconto di una madre che implicitamente illustra la propria adeguatezza in quanto ritiene di aver alimentato correttamente il proprio bambino, e ritiene che ciò sia “provato” dal fatto che la “causa” della malattia risieda in un “qualcosa”, un virus, estraneo alle pratiche di nutrizione da lei poste in essere.

Quando ha avuto la gastrite, che era neonato, che mi sono svegliata durante la notte e ho trovato lui che piangeva ed era ricoperto di cacca con un odore pessimo e ogni tre minuti aveva queste scariche ed era ridotto male. [...] Non mi sono

mai chiesta...la prima cosa che ho pensato è stata: risolviamo il problema, poi capisco e magari chiedo direttamente al pediatra, alla fine quando ha avuto la gastrite non c'era una causa perché il bambino era in allattamento, beveva il mio latte o il latte vaccino, in quel caso era stata una gastrite virale, quindi non c'entrava l'alimentazione (Madre, 1 figlio, Val di Susa).

I padri fanno più frequentemente riferimento al fatto che i bambini siano esseri deboli, quindi soggetti a malattie.

[...] è normale, se le prende tutte...L'anno scorso, al nido, è stata dura, ne aveva sempre una. Quest'anno sembra che vada meglio, è più forte. Avendo preso un sacco di cose l'anno scorso sembra più forte (Padre, 1 figlia, Torino).

[...] è stato magari strapazzato, abbiamo fatto qualche viaggio da qualche parte, sono gingilli che li agiti un po'... (Padre, 2 figli, Val di Susa).

Le interviste illustrano che il processo di co-costruzione del percorso di attribuzione di senso che conduce dal benessere a malessere, fino all'individuazione dei sintomi e della malattia, è socialmente costruito non soltanto perché in esso vengono utilizzate categorie cognitive comuni e vengono rintracciate emozioni socialmente condivise, ma anche perché gli attori che concorrono possono essere molteplici. Si tratta, ad un primo livello e con maggiore frequenza, della mamma; del padre, dei nonni, con maggiore presenza delle nonne e di altre figure femminili della parentela e della rete amicale e di vicinato; del personale dei nidi e delle scuole per l'infanzia. L'approdo al pediatra, che si colloca a un secondo livello, segna il "fondato" timore, o la "certezza", che il sintomo sia espressione di uno stato patologico; nello studio del professionista tale stato viene accertato e legittimato, oppure escluso, oppure ancora "trasformato" in qualche altro stato patologico non immaginato dal genitore, e ciò soprattutto per mezzo, come vedremo, dall'attribuzione di una terapia.

Oltre al genere del genitore, la variabile più influente tra quelle introdotte nella costruzione del campione, in questa fase, pare essere la frequenza del figlio al nido, in quanto aumenta le probabilità di far partecipare alla co-costruzione del senso attribuibile al malessere alcune figure appartenenti al sapere esperto dell'educazione e della puericultura. Le altre variabili, viceversa, non paiono far scaturire riflessioni di particolare interesse.

## *2.2 I sintomi della malattia*

Anche nel caso dell'individuazione dei sintomi di quello che, a posteriori, è stato dichiarato essere uno stato di malattia, le descrizioni offerte delle madri sono apparse più ricche e circostanziate. Come abbiamo già evidenziato, i "sintomi" riferiti sono, nella maggior parte dei racconti di entrambi i genitori, di natura generica: febbre, tosse, vomito, diarrea, male alle orecchie, male alla pancia, sibili respiratori, ecc. Si tratta di "sintomi" che potremmo definire "certi", usciti dall'indifferenziato del malessere per mezzo delle interpretazioni offerte dagli adulti e che, in seguito, sono stati ricondotti allo stato di "malattia certa" dal pediatra.

Tali "sintomi" vengono individuati attraverso l'osservazione del bambino, l'ascolto delle sue comunicazioni verbali e non verbali, il ripetersi di manifestazioni fisiche di malessere, con l'ausilio di semplici strumenti, quali il termometro, oppure altro, come dichiarato da un padre che si è attrezzato con un saturimetro per riconoscere e valutare con accuratezza i problemi di respirazione del figlio.

Io, di solito, le metto il termometro, verifico se c'è la febbre, se c'è capisco...se non c'è, comincio a pensare avrai mal di pancia o avrai qualche altra cosa e così, da lì, vedo come si comporta (Madre, 2 figli, Torino).

Ogni volta che gli viene il raffreddore aerosol e queste cose qua...tutti dicono che sono un cretino, ma me lo sono comperato un saturimetro che è un oggetto che ti dà l'indice di due valori e con quello ti puoi fare un ipotetico scenario e prende la saturazione del sangue, cioè l'ossigeno del sangue e il battito cardiaco, e già da quelle due cose uno può valutare un po' di cose (Padre, 2 figli, Torino).

Un giorno sono andata a trovare una mia amica, apparentemente stava bene, si muoveva come al solito, era meno energico, gli ho dato il biberon e tempo tre minuti mi ha vomitato tutto. Siamo venuti subito a casa per evitare di prendere freddo, ho detto: vediamo ancora questa sera come va, alla sera ha fatto la stessa cosa, nella notte l'ho portato direttamente al pronto soccorso e me lo hanno ricoverato...il pediatra non c'era per chiedergli consiglio, e poi, con un vomito così...(Madre single, 1 figlio, Torino)

I racconti relativi al “come” sia stato individuato e riconosciuto il sintomo che ha condotto ad attribuire al malessere lo status di patologia, permettono di apprezzare non soltanto l'ampia casistica, ma anche le strategie poste in essere dai genitori, dalle più semplici, alle più complesse, per trattare nel modo ritenuto più adeguato lo stato di sofferenza dei figli, e ciò anche a fronte del parere contrario dei familiari.

Io avevo detto a mio marito, me ne sto a casa, non la porto al nido, domani c'è la pediatra e sento un po' cosa mi dice... il giorno dopo io dovevo portarla dalla pediatra al pomeriggio solo che la situazione è peggiorata...l'ho portata in ospedale, per quanto mio marito era un po' scettico (Madre, 1 figlia, Torino).

Il percorso che conduce dallo stato di malessere al “sintomo”, fino all'attribuzione dello status di patologia, si complica quando il sapere esperto medico o pare non “soddisfare” l'attribuzione di senso che il genitore individua come appropriata, o pare non portare a risultati soddisfacenti dal punto di vista empirico (Ingrosso, 1994). La seguente testimonianza ben illustra le strategie che possono essere utilizzate quando il sapere esperto pare non adeguato ai tentativi di attribuzione di senso da parte dei genitori a episodi di tosse e di difficoltà respiratorie del figlio.

Portiamo dal pediatra, tutto regolare, non mi sono fidato. Chiamiamo un'altra pediatra a pagamento, è una di quelle persone che si dedicano, anche lei: no, niente. Non mi convinceva il rumore della tosse, andiamo al pronto soccorso: senta dottoressa questo bambino ha qualcosa, mi fa un sibilo e poi sembra che vada in apnea, niente...le ultime notti l'ho portato di nuovo dal pediatra, ho detto che questo bambino che dei problemi. In effetti non sento nulla. Lasci fare a me, ho preso F. (nome del figlio) lo mettevo al contrario gli comprimevo il torace, veniva stimolato e partiva da due colpi di tosse, in effetti è un po' particolare, domani lo porti al Regina Margherita...Lei mi faccia un foglio perché io la via crucis al Regina Margherita non la vado a fare. Nella notte, 14 volte in apnea mi è andato, alla mattina l'ho portato giù, tre pediatri l'hanno visitato e hanno detto che il bambino non aveva niente. Ho preso F. (nome del figlio), l'ho girato, è entrato in apnea, una è sbiancata, questa è pertosse e l'hanno ricoverato (Padre, 2 figli, Val di Susa).

Gli attori sociali che maggiormente intervengono nella costruzione specifica del “sintomo” come segnale certo di malattia sono, ancora una volta, molteplici: innanzitutto, le madri, a cui anche due padri riconoscono un ruolo predominante nello svolgere questo compito genitoriale.

Non sono io quello più competente, se n'è accorta sempre mia moglie (Padre, 1 figlio, Torino).

Le madri attribuiscono a sé un ruolo centrale e parlano frequentemente in prima persona quando si tratta delle prime fasi della trasformazione del malessere in “sintomo”. Ciò concorda con quanto emerge dalla letteratura specialistica sulla vita familiare che tratta della centralità delle madri nelle pratiche quotidiane di cura dei bambini.

In queste fasi, le madri riferiscono anche di far intervenire soprattutto le figure femminili dotate di esperienza delle reti parentali o delle reti amicali.

La bambina aveva un mese e quattro giorni, non sapevo niente, una mia amica che ha tre figli mi ha detto che quando fanno cacca verde sono le orecchie (Madre, 1 figlia, Torino).

In particolare, per le reti parentali è la nonna materna che pare intervenire spesso, secondo le testimonianze delle madri. Ciò pare dovuto in parte anche al fatto che le nonne materne si curano dei nipoti in assenza delle madri, o sono disponibili quando il malessere dei bambini non permette la frequenza al nido.

Ho deciso di andare al lavoro e ho chiamato mia mamma. Ha aspettato a metà mattina e poi l'ha portata a casa sua. Mia mamma mi ha chiamato al lavoro dicendomi che la bambina aveva la febbre forte, quaranta, e lì mi sono allarmata, ho deciso di tornare a casa e mentre tornavo a casa ho chiamato il pediatra e gli ho detto che l'avrei portata subito (Madre, 2 figli, Val di Susa).

In questo processo di co-costruzione del “sintomo” in “sintomo certo” di malattia, non soltanto si svela parte delle rappresentazioni del dover essere genitoriale, ma si rendono manifeste le caratteristiche dei legami tra parenti.

Mia mamma perché è la mia vice, ci raccontiamo tutto quello che succede a L. (nome del figlio) perché se non ci sono io c'è lei. Mi ricordo di averle detto che c'era qualcosa che non andava e siamo andati dal pediatra (Madre single, 1 figlio, Torino).

Inoltre, si rendono esplicite le asimmetrie del potere definitorio tra coniugi per quanto riguarda la salute dei figli e la divisione del lavoro familiare in questo specifico ambito. Avremo ancora modo di tornare su quest'ultimo argomento nel prosieguo del lavoro. Per ora, possiamo rilevare che su 18 madri che vivono in coppia con i padri dei loro figli, soltanto due hanno fatto riferimento implicito o esplicito all'intervento del partner, mentre due padri su 17 hanno fatto riferimento esplicito al prevalente ruolo della madre e i rimanenti intervistati hanno parlato, più genericamente, di un ruolo essenzialmente condiviso.

Interessante è anche notare come in due casi i padri abbiano dichiarato non soltanto di essere intervenuti in prima persona per comprendere se si trattasse di un reale sintomo di malattia, ma di aver fatto intervenire anche il proprio padre. In uno dei due casi lo stesso episodio, narrato dalla madre, rivela che essa, invece, ritiene di essere stata colei che ha individuato il “sintomo”, non citando né l'aiuto del marito, né quello del suocero

Quando è stato male io avevo sentito mio papà, senti anche tu se ha il respiro affannato o se è solo una mia impressione (Padre, 2 figli, Torino)

.Dai racconti della madri, pare piuttosto che i padri intervengano successivamente, quando il “sintomo” viene trasformato in “sintomo certo” di malattia, quando si deve decidere se ricorrere alle cure mediche e a quali curanti ricorrere.

L'ha chiamato mio marito ( si riferisce al loro pediatra) dicendogli che era stato ricoverato, se era il caso di portarlo al Regina Margherita, e ci ha detto che la cura era quella e ci ha consigliato di stare lì (Madre, 2 figli, Torino).

E' più diffusamente dichiarato dai padri che dalle madri il ricorso al pediatra per l'individuazione del “sintomo certo”. Tuttavia, esaminando nel complesso le interviste, non è possibile attribuire con sicurezza una maggiore tendenza dei padri a ricorrere al pediatra quanto, forse, una loro maggiore propensione a riferirsi alla co-costruzione del “sintomo” per mezzo del sapere medico, oltre che alla condivisione dei dubbi con la partner e a un minore ricorso al parere dei genitori, quest'ultimo, a volte, ritenuto obsoleto.

### *2.3 Il timing*

La scansione “corretta” dei tempi lungo i quali si costruisce il passaggio del benessere al malessere, al sintomo, fino al riconoscimento dello stato patologico rappresenta un altro importante compito genitoriale, molto sentito dagli intervistati.

Innanzitutto, pare essere ritenuto un buon genitore colui che sa osservare e attendere, ma non oltre una “misura”, necessariamente discrezionale, in ragione della gravità del malessere, applicando rimedi semplici e conosciuti oppure somministrando farmaci già sperimentati.

Quindi mi sono svegliata di notte, il bambino bollente, tachipirina, ci siamo un po' riaddormentati attaccato a me, quando ti capita la notte cerchi di fare qualunque cosa, ti metti in posizione fino a quando lui non si addormenta, al

caldo, le coccole, fortunatamente la mattina ha avuto ancora un po' di febbre ma poi nella giornata ho continuato a dargli tachipirina...(Madre, 1 figlio, Torino).

Lei (la pediatra) mi ha detto che c'era un inizio di questa bronchite asmatica...non è andato migliorando...e quello che gli avevo dato non bastava. Subito il giorno dopo c'era qua mia mamma e lui si vedeva che faceva fatica a respirare e sono andata al pronto soccorso...era piccolino...gli hanno fatto l'aerosol. Io pensavo che ci mandassero a casa invece lo hanno ricoverato per una settimana. (Sono andata al pronto soccorso) anche per tranquillizzare me, perché mio marito era a lavorare, magari aspettavo che tornava lui e andavamo insieme, con la speranza che magari nell'arco della giornata migliorava. Solo che c'era mia suocera che insisteva da una parte, mia mamma dall'altra. Adesso magari chiamerei la pediatra, non gli do medicine senza chiedere (Madre, 1 figlia, Torino).

Sappiamo già che se si sveglia è perché non respira bene...siamo rimasti nel letto, lo tieni verso di te, accendi l'abatjour, lui si lamenta, piange, ma sa che ci siamo, quando poi gli passa si riaddormenta, poi si risveglia, gli dai due coccole...Ma io, mediamente un paio di giorni, se la cosa è leggera, uno starnuto, due starnuti, non lo porto dal pediatra, quando cominci a vedere la temperatura alta, se gli viene una febbre da cavallo lo porti subito (Padre, 1 figlio, Torino).

Attendere “due giorni” prima di portare i bambini dal pediatra sembra essere la rappresentazione di adeguatezza più diffusa. Ciò soltanto quando i “sintomi” non richiedono un intervento più precoce.

L'abbiamo portato una volta al Pronto Soccorso di (nome della cittadina) perché aveva la febbre a 39 da due giorni e non si abbassava e aveva anche male a un orecchio (Padre, 2 figli, Val di Susa).

Il senso dell'attesa a casa propria, secondo alcuni intervistati, riguarda anche l'evitare di trascorrere troppo tempo nelle sale d'aspetto dei pediatri o degli ospedali. Si teme che le lunghe attese in questi luoghi possano esporre i bambini al rischio del contagio.

Il *timing*, inoltre, risulta essere costruito non soltanto dalla volontà e dalla capacità di discernimento dei genitori, soprattutto delle madri, ma anche dal compromesso con la scansione sociale dei tempi.

Non ho chiamato immediatamente il pediatra ma dopo due giorni, poi c'era il weekend di mezzo, quando poi il pediatra privato è arrivato mi ha detto che non era una bella tosse, e poi è venuto a vederlo per tre giorni di seguito, ha pensato di curarlo in casa, ma poi era la vigilia di Capodanno di due anni fa e mi ha detto: bisogna ricoverarlo in ospedale, è stata una esperienza terribile (Madre, 2 figli, Torino).

Il *timing* implica non soltanto l'individuazione della “corretta” scansione temporale e la costruzione dei tempi dell'individuazione del “sintomo certo” e della malattia (Good, 2006), ma anche la disponibilità alla riorganizzazione temporale dei tempi di vita e di lavoro dei genitori necessaria per l'individuazione del “sintomo certo” (andare dal pediatra) e per l'erogazione delle cure e dell'assistenza. In accordo con la letteratura sui bilanci-tempi in Italia e in Europa, dalle interviste emerge che tale riorganizzazione viene effettuata soprattutto dalle madri e ciò è vissuto come “naturale” sia dalle madri stesse, sia dai padri.

In questa situazione uno ovviamente rischia, passerà, non passerà, ci siamo rivolti al medico, soprattutto mia moglie che è più agitata. Abbiamo chiamato il medico che ci ha detto: meglio ricoverarlo, allora ci siamo attivati per andare in ospedale e poi dandogli assistenza, quando era lì, mia moglie, molto più ansiosa, con un bambino piccolo di tre mesi di vita. Il bambino era in ospedale, ci alternavamo mia moglie si è dedicata di più, siccome era molto stancante abbiamo trovato una persona che poteva seguire di sera il bambino, di giorno ci alternavamo, ma in questi aspetti la mamma dedica una presenza maggiore (Padre, 2 figli, Torino).

Talvolta, il *timing* segue un andamento narrato come drammatico, soprattutto se la residenza in piccoli centri costringe i genitori a riferirsi a strutture poco attrezzate per l'intervento con i piccoli.

Il pediatra, a pagamento, ha capito che era pieno di catarro quasi da soffocare e ci ha dato tre o quattro punture di Rocefin e Bentelan, che nessuno voleva farci. Siamo andati alla guardia medica a (nome della cittadina), un ragazzo giovane, ci ha fatti andare là, la febbre era salita a 40, ha chiamato il Regina Margherita, ha visto il bambino in che condizioni era e gli ha fatto le iniezioni (Padre, 1 figlio, Val di Susa).



Una sera siamo andati in ospedale a (nome della cittadina), non c'era nessun pediatra, a (nome di un'altra cittadina), non c'era nessun pediatra, che cavolo fai e allora abbiamo chiamato la pediatra qui di fronte, a pagamento, non potevamo andare avanti con un bambino che tossiva in quel modo. Al che l'ho chiamata, l'ho fatta venire qua, lei subito non mi ha detto della pertosse, mi ha dato un sacco di farmaci, una cura, ma non ha parlato di pertosse...siamo partiti, siamo andati al Regina Margherita a Torino. Siamo andati perché nonostante i farmaci continuava ad avere la tosse e mi andava in apnea (Madre, 2 figli, Val di Susa).

Infine, il *timing*, o meglio, la riflessione su di esso, può essere utilizzato dai genitori in modo più o meno consapevole per conoscere meglio la malattia dei figli e per trasformare la malattia stessa in occasione di confronto con il sapere esperto dei medici.. Ecco la testimonianza di un padre, ingegnere, a cui un'anziana vicina aveva suggerito che la pertosse del figlio si sarebbe manifestata con accessi di tosse per nove lune.

Mi sono messo lì, avevo da qualche parte la scheda dei 20 giorni dove facevo segnare a C. (nome della moglie) tutti gli attacchi di tipi di tosse che aveva, acuti, non acuti, ho tenuto la contabilità per nove lune. F. (nome del bambino) con la luna piena crescente ha avuto attacchi di pertosse e ho trovato un solo pediatra che mi ha detto: sì, è vero, non c'è sui libri di teso (Padre, 2 figli, Val di Susa)

## 2.4 Le pratiche di cura

### 2.4.1 Chi cura?

Analogamente a quanto è stato rintracciato per i “sintomi”, dalle interviste raccolte emerge che sembrano essere le madri a occuparsi più frequentemente delle pratiche di cura del quotidiano, ritenute più semplici, e che l'intervento dei padri sia riferito prevalentemente, anche se non esclusivamente, ai “sintomi” più preoccupanti. Nelle interviste alle madri, inoltre, i riferimenti alla somministrazione delle cure sono quasi totalmente in prima persona. Nelle interviste ai padri viene utilizzato quasi sempre il riferimento alla coppia.

Ho chiamato la pediatra. La chiamo dopo il secondo o terzo giorno anche solo per avvisarla, non perché è grave la situazione...(Madre, 2 figli, Val di Susa).

In quell'occasione ha deciso lui di portarlo al Pronto Soccorso ma perché ha visto che io non ce la facevo più (Madre, 2 figli, Torino).

Abbiamo chiamato prima la guardia medica, è stata lei che ci ha detto di dare la tachipirina ogni sei ore, me se vedete che peggiora portatela in ospedale. Alle tre di notte siamo andati al Martini, ci hanno subito mandati in reparto (Padre, 1 figlio, Torino).

Il primo giorno gli diamo la tachipirina se ha un po' di febbre. Dal secondo giorno in poi iniziamo a preoccuparci...in quell'episodio aveva un po' di bronchite accettabile, si è prolungata la febbre per sette o otto giorni, mi pare, non voglio dire una stupidaggine, lei continuava ogni due giorni a sentire la pediatra... Un notte mi sono stufato, l'ho portato al regina Margherita e lo hanno ricoverato per tre giorni (Padre, 2 Figli, Val di Susa).

Anche nel processo di co-costruzione delle pratiche di cura, oltre alle madri e ai padri sono molteplici le figure che intervengono. Esse appartengono alla rete amicale e parentale, alle reti formali e istituzionali, alla sanità pubblica e privata. I loro pareri si intersecano, a volte si contraddicono, a volte si mescolano. Compito dei genitori, e delle madri in particolare, pare essere quello di trattenere ciò che si ritiene opportuno e adeguato al figlio, procedendo con un'incessante opera di integrazione dei saperi.

La tachipirina, è stata mia sorella, ma in quel caso il consiglio è stato buono, ho visto anche quello che c'era scritto sul bugiardino e ho visto che poteva servire (Madre, 1 figlio, Val di Susa).

L'ho curato in modo più tempestivo, prima di tutto, il giorno dopo il bimbo era già a casa, gli ho dato dei fermenti lattici potenti. Non l'ho più chiamata (la pediatra), perché sapevo che...mi ero già confrontata con mamma...Non l'ho più chiamata, per telefono gli ho detto i sintomi e lei mi ha detto che per l'intestino non ci sono farmaci veri e propri, ma solo fermenti lattici, bastava il telefono (Madre single, 1 figlio, Torino).

Interessante, a questo proposito, è la testimonianza di una madre farmacista, che si è dovuta confrontare con una dermatite da contatto dovuta ai pannolini.

E' l'unica volta che è intervenuta mia mamma, mettevamo sotto al pannolino delle strisce di lino, lei mi ha dato delle creme però la cosa migliore alla fine era questa (Madre, 1 figlia, Torino).

Dalle interviste emerge con chiarezza come il pediatra, che appartenga al servizio pubblico o all'ambito del privato, sia il rappresentante del sapere esperto a cui i genitori attribuiscono maggiore rilevanza, la fonte legittimata e sicura per quanto riguarda l'individuazione del "sintomo certo", della patologia, della cura (Neresini, 2001).

Si rileva, inoltre, che anche per quanto riguarda le pratiche di cura esiste una sorta di gerarchia dei tempi e delle modalità: in prima istanza, se possibile, si attende, somministrando rimedi appartenenti alle cure del quotidiano o farmaci leggeri, già conosciuti perché consigliati dal proprio pediatra o dal pediatra di parenti e amici; in seconda istanza, si ricorre al pediatra di base, o, se necessario - per motivi organizzativi, di fiducia, di gravità presunta della patologia, di inefficacia delle cure già somministrate - si ricorre al pediatra "privato"; in terza istanza, si ricorre al Pronto Soccorso, e ciò per le urgenze, per problemi di scansione sociale dei tempi (notturni, festivi), per "sintomi" ritenuti particolarmente allarmanti, perché i pediatri già consultati non hanno risolto la situazione con cure efficaci.

La risposta organizzativa ai problemi di scansioni sociali dei tempi, infine, pare essere particolarmente gradita ai genitori.

Il fatto che la pediatra venga a casa è un grande aiuto per cui è capitato spesso che la chiamassi in preda al panico, poi si è associata a un centro, per cui si può telefonare di notte, di giorno, lasciare il messaggio, per cui ho trovato una cosa fantastica (Madre, 2 figli, Torino).

Dalle interviste non sono emerse pratiche di cura alternative, tranne, come vedremo, l'applicazione del colore rosso in un caso di scarlattina e i rimedi omeopatici, consigliati dalla pediatra ma guardati con scetticismo dai genitori.

Come in precedenza, anche per le pratiche di cura la variabile più influente pare essere l'esperienza pregressa dovuta a un primo figlio. Un'altra variabile influente pare essere, come abbiamo già illustrato, il genere di appartenenza del genitore. Infine, la ricchezza delle reti amicali e parentali e il fatto di essere parte di una coppia, che pare consentire una maggiore divisione dei compiti genitoriali nei periodi critici, con una maggiore centralità della madre nell'erogazione delle cure e una maggiore determinazione dei padri nel ricorrere a strutture sanitarie d'emergenza.

#### 2.4.2 Le cure

Per quanto riguarda la "adeguata" somministrazione delle cure prescritte, il processo di co-costruzione sociale si complica ulteriormente: l'opinione delle figure già ricordate, portatrici di saperi di senso comune – nonni, amici, parenti – e l'opinione di figure portatrici di saperi esperti in campo sanitario -amici e parenti che lavorano in ambito medico, farmacisti, pediatri di base, pediatri privati e ospedalieri - si intrecciano, talvolta si contrappongono, talvolta si integrano con l'esperienza pregressa e l'opinione dei genitori dei piccoli (Colombo, 2001). Si tratta di una vera e propria opera di negoziazione, talvolta implicita, talvolta esplicita (Neresini, 2001), che si realizza in vari territori sociali, a partire dalla coppia genitoriale, e che richiama tanto un sapere farmacologico, quanto un sapere legato alle cure del quotidiano.

Gli si misura la febbre, mia moglie deve chiamare il medico prima di quando lo chiamerei io, ormai i protocolli di cura normali li conosciamo, se c'è da fare l'aerosol, se c'è da dare la tachipirina, io sono sempre propenso a dare un po' più di medicine, mia moglie un po' meno, dopo di che a seconda di quello che si deve fare ci si attiva e si vede come va (Padre, 1 figlio, Torino).

So che la tachipirina non ha effetti collaterali, è un medicinale che normalmente va bene, ho una cugina infermiera e ci ha sempre detto che non bisogna abusarne perché maschererebbe i sintomi e non si vedrebbero tante cose, ma in un caso così un antidolorifico può andare bene. Poi le è passato e ha fatto qualche giorno dopo una mezz'oretta di dolore, ma tipicamente, essendo la seconda, siamo molto più pratici (Padre, 2 figli, Val di Susa).

Gli cambio l'alimentazione, gli do il passato di verdura e non il riso o la patata bollita...ormai lo conosco talmente bene che la cura gliela do io se vedo che il bambino per altri due giorni è così, la pediatra mi ha detto: se poi vedi che dopo tre giorni non va in bagno o gli metti la supposta di glicerina o gli fai un clistere e adesso lo so. Certo che la supposta è un farmaco e lo uso dopo che ho sperimentato altre soluzioni più naturali (Madre, 1 figlio, Val di Susa).

Mi ricordo che c'era un signore macedone che abitava in campagna vicino ai miei nonni che erano contadini...le lavava i piedi con l'aceto che appunto è un po' come l'alcool, scaldare la parte per fare uscire il calore, e quindi avevo provato, lui stava così male che la febbre non era proprio scesa. L'altro consiglio che ho sempre eseguito è quello di spogliarlo e fargli delle spugnature bagnate, anche perché lui quando sta male rifiuta di essere aiutato (Madre, 1 figlio, Torino)

In genere, dalle interviste emerge un sostanziale accordo di fondo con i pareri del pediatra di base. Il parere medico non viene posto in discussione se non di fronte all'incertezza manifestata dal professionista, e percepita dai genitori, e di fronte all'inefficacia di una cura, inefficacia valutata secondo criteri soggettivi; in questi casi si ricorre ad un altro pediatra o al Pronto Soccorso, dando origine al fenomeno dello "shopping pediatrico".

In quella circostanza, ricordo che dopo una settimana di antibiotici che mi aveva prescritto la mia pediatra, la cosa continuava ad andare avanti, la tosse tutta la notte. Io facevo terapie di aerosol e lavaggi nasali ma non erano sufficienti, la mia pediatra mi ha sempre prescritto lavaggi nasali, l'aerosol lei non me lo aveva prescritto perché secondo il suo punto di vista essendo così piccoli non sono tanto in grado di inalare correttamente e quindi non serve un gran che. Visto che la cosa sussisteva mi sono rivolta all'altro pediatra che mi aveva dato altri farmaci che hanno permesso di fluidificare il muco, uno spray che era già antibiotico, dei lavaggi e dell'aerosol. Facendo tutti questi trattamenti lei è riuscita a risolverla...Lui mi aveva anche consigliato di assumere dello sciroppino come cura preventiva, dato che era una bambina cagionevole. Io, da allora lo sto assumendo e, facciamo le corna, fino a questo momento ha funzionato (Madre, 1 figlio, Val di Susa).

Il ricorso al pediatra, o ad altri livelli di assistenza pediatrica, è funzionale anche alla rassicurazione dei genitori, altro elemento centrale per la co-costruzione delle pratiche di cura.

La cosa che la disturba è la tosse e io aspetto sempre un paio di giorni. Le do lo sciroppo dell'erboristeria, se vedo che lei incomincia a dormire tranquilla e la tosse va via in genere finisce lì, se vedo che la cosa persiste e ha qualche linea di febbre la porto dalla pediatra. Se mi rassicura e mi dice che è solo un episodio influenzale, seguo i suoi consigli (Madre, due figli, Torino).

Di notte la febbre sale e con la tachipirina continua a non scendere. Prima di andare in ospedale abbiamo chiamato la guardia medica che non mi aveva dato sicurezza con le risposte. Ho fatto un giro di telefonate con gli ospedali se mi danno delle risposte così mi evito di farle prendere freddo e poi sempre perché mio marito continuava a dire: aspetta non ti precipitare in ospedale. Avevo paura del rischio delle convulsioni, alla fine non mi davano delle indicazioni, ti dicono di andare lì che controllano la bambina. Adesso andiamo in ospedale, l'hanno trattenuta solo alcune ore, ci voleva un po' più di tempo perché scendesse la febbre, ma le hanno cambiato il dosaggio della tachipirina, era più lo spavento mio (Madre, 1 figlia, Torino).

Dalle interviste emerge che le cure alternative, quali l'omeopatia, in genere sono poco utilizzate. Nel caso in cui vi si faccia ricorso, o vengono prescritte dal pediatra, o vengono utilizzate come rimedio "leggero", in attesa degli sviluppi della situazione ed, eventualmente, nell'attesa dell'intervento del pediatra stesso.

Se fosse peggiorato avrei chiamato la pediatra, ma ho guardato in farmacia qualche cosa di omeopatico, di leggero, se fosse peggiorato avrei chiesto consiglio alla dottoressa, gli ho dato i fermenti lattici e questo medicinale omeopatico, ma poi cercando di aiutarlo con l'alimentazione va meglio (Madre, 1 figlio, Val di Susa).

Come abbiamo già avuto modo di sottolineare, i padri paiono saper riportare in misura minore di quanto non facciano le madri le modalità di cura seguite per i "sintomi" e per gli stati patologici. Sembrano riferirsi in maggior misura al sapere esperto di cui è portare il pediatra, implicitamente dichiarando che il pediatra rappresenta il fulcro di ogni processo di co-costruzione dei "sintomi certi" e della "cura" non soltanto per ragioni di ordine razionale, ma anche a partire dal rapporto di fiducia che può instaurarsi con il professionista.

Per me è fantastica, come dottoressa, esita un po' a dare medicine più pesanti come un antibiotico piuttosto che uno sciroppo per la tosse, se è possibile lei lo evita e in quell'episodio lì ha esitato un po' a dare le medicine, lui continuava ad avere la febbre alta soprattutto la notte...però è discutibile, comunque lui aveva la febbre, lei aveva dei convegni quindi non era molto presente nello studio: C'era sempre un sostituto, io ho una testa un po' particolare e per me lei è la mia dottoressa e mi fido di lei. Se io porto un bambino da un altro dottore, non sa che il bambino ha la febbre tre volte al mese, è giusto che lo segua sempre la stessa dottoressa e anche il sostituto ci aveva detto: se la pediatra di aveva detto di continuare con la tachipirina, continuate pure (Padre, 2 figli, Val di Susa).

Anche dalle testimonianze delle madri risulta l'importanza del pediatra nella co-costruzione dei percorsi di individuazione degli stati di malattia e della cura, ma da esse emerge con altrettanta chiarezza che esiste una pluralità di riferimenti considerati legittimi e che le figure che vi partecipano sono molteplici. Si tratta di riferimenti che possono nascere da convinzioni personali (omeopatia, fitoterapia, ecc.), dalla convinzione che certi piccoli disturbi possano essere gestiti e superati con interventi non medicalizzanti, da esperienze precedenti, con figli più grandi e con se stessi, le quali hanno insegnato come somministrare farmaci di largo uso.

Quando ha lo stato di raffreddore con tanto catarro in testa le do una medicina che cura gli stati del raffreddore, Nureflex, ha aiutato sia la grande che la piccola. Se la situazione migliora va bene così, altrimenti se non migliora chiamo la pediatra, se non è ancora uno stato di raffreddore ma è soltanto un malessere le do un po' di tachipirina, generalmente quando non so bene che cosa è per cominciare le do in gocce, una cosa un po' lieve per vedere se placa la lagna per cui magari aveva mal di pancia, se non cambia niente allora cerco di vedere un po' meglio...uso la tachipirina perché è un antinfiammatorio, faccio molto riferimento agli stati degli adulti, anche la grande ha da poco iniziato a dire: ho mal di stomaco, ho male qui, ho male lì...(Madre, 2 figli, Torino).

Lui (il compagno) è un po' più apprensivo: portalo dal pediatra subito, mentre io voglio prima vedere un attimo, se la cosa non è così, tendo a risolverla...prima con i prodotti naturali, omeopatia o fitoterapico (Madre, 1 figlio, Torino).

(I rimedi fitoterapici) mi sembrano rimedi meno chimici, anche solo il miele, le placa questo prurito che ha in gola e la bambina dorme bene lo stesso senza darle medicine. In molti casi si abusa con le medicine. A volte basta anche solo il rimedio della nonna e il bambino sta bene lo stesso (Madre, 2 figli, Torino).

Anche in relazione alle pratiche di cura, i riferimenti possono essere parte di un patrimonio culturale trasmesso da figure di riferimento importanti, portatori ritenuti legittimi di "saperi di senso comune" riferiti agli stati di malattia. Tale patrimonio, tuttavia, può non essere in accordo con il sapere medico, che comunque viene seguito in maggior misura, in quanto considerato più degno di fiducia ed efficace.

Non uso neanche il Vicks, perché mi ha detto il dottor (nome del pediatra) che può far venire delle crisi epilettiche... Mia mamma mi ha detto che mi riempiva. Utilizzo nell'umidificatore delle essenze balsamiche. Mia mamma mi ha anche consigliato i semi di lino, gli impacchi con il Vicks, ma lui lo sconsiglia...(...) con A. (nome della prima figlia) ero molto più apprensiva, chiamavo ogni volta, mi spaventavo se aveva la febbre, invece è la *routine* dei bambini (Madre, 2 figli, Val di Susa).

Dalle interviste emerge che le prescrizioni del pediatra, pur essendo considerate fondamentali nel percorso verso la salute, possono subire degli adattamenti, in quanto il sapere esperto del medico pare debba necessariamente fare i conti con la pluralità di riferimenti a cui si accennava poc' anzi.

Glief'ho sempre dato dopo, magari avrò sbagliato ma anche noi abbiamo sempre preso gli antibiotici a stomaco pieno (Madre, 2 figli, Torino).

La complessità dell'utilizzo del pediatra come riferimento centrale nella co-costruzione dei percorsi dalla malattia alla salute emerge dalla testimonianza successiva, nella quale sono espresse sia la rappresentazione della fiducia che si "deve" al pediatra, in quanto portatore di un sapere esperto legittimato socialmente, sia la necessità che egli rappresenti un filtro tra la possibile consapevolezza del genitore, che può ingenerare ansia, e il sapere esperto stesso.

Ma se il pediatra mi dice una cosa io cerco di seguirlo perché non intendendome sono le uniche persone delle quali ci si può fidare, è chiaro che mi devo fidare del pediatra. (...) Secondo me il genitore non è che va tranquillizzato dicendogli che non ha niente se ha qualcosa, però io vengo da te perché la bambina che ha un po' di tosse, tu guardi, ma mi dici che non è solo tosse perché forse nasconde l'asma. Adesso curiamo questa quando è a posto riportamela così vediamo se è tutto a posto. Quando te la riporto la visiti e solo quando verifichi che effettivamente c'è la possibilità che sia l'asma lo dici, non è che mi fa il resoconto, può essere questo, può essere quello, può essere quest'altro, così a te viene l'ansia e poi di fatto non ha niente (Madre, 1 figlia, Val di Susa).

In altre parole, in questa testimonianza al pediatra viene accordata fiducia, ma al tempo stesso viene richiesta una funzione di contenimento dell'ansia prodotta dal suo stesso sapere.

### *2.5 La trasformazione delle pratiche quotidiane*

L'intreccio tra i compiti riferibili alla genitorialità adeguata e le pratiche per la cura degli stati di malattia conduce ad esplorare anche ciò che i genitori ritengono di dover trasformare, nelle pratiche quotidiane, in modo da renderle adatte e funzionali al recupero della salute. Tale esplorazione si rende imprescindibile in quanto il senso della malattia, intesa come evento che introduce una frattura nella vita quotidiana e quindi una modificazione degli assetti relazionali, implica la necessità dell'introduzione di altre fratture nel tranquillo scorrere delle *routine*. Ciò per poter accompagnare adeguatamente le "cure", e per poter segnalare che il sintomo è stato preso in considerazione, che i suoi significati biologici e relazionali sono stati considerati, che la risposta sociale si è attivata anche per l'ambito del quotidiano (Herzlich, 1986).

Nelle testimonianze raccolte l'importante valenza relazionale della malattia si riverbera nella trasformazione di quelle pratiche che maggiormente segnalano la presenza di attenzioni e di cure da parte di genitori "adeguati": la rassicurazione emotiva (le "coccole"), l'alimentazione, il sonno, l'igiene personale e, in misura minore, l'abbigliamento e la restrizione delle uscite o dei giochi.

Non mangia assolutamente niente, durante il giorno dorme molto di più e dorme in braccio, è l'unico caso, io sul divano con lei buttata sopra, anche quando è turbata o quando c'è qualcosa che non va ha bisogno di sedersi a cavalcioni con la testa qui, se non ci sono sta tranquilla anche con mio marito o con mia madre o con altre persone, ha bisogno di sentire il calore umano e di rilassarsi. [...] Già così la lavo pochissimo, non vuole fare il bagno, una volta alla settimana...non la lavo mai quando è ammalata generalmente, quando aveva l'otite non la lavo perché non volevo che l'acqua ristagnasse e le facesse male, quando aveva solo la febbre lo ho fatto lo stesso il bagno perché ho letto da qualche parte che i bambini malati possono fare il bagno (Madre, 2 figli, Torino).

Per tradizione familiare non so se sia giusta o sbagliata, ma se ha febbre tendo a non fargli la doccia o il bagno, tendo a non portarli fuori più di tanto se è possibile, mangiare, bene o male, dipende anche da loro...mi hanno insegnato che se ha la febbre è meglio non fare la doccia o il bagno per cui vado avanti su questa credenza che non ho mai messo in discussione ma non ho mai verificato se è giusta o sbagliata (Madre, 2 figli, Torino).

Con la febbre che è a casa, è sempre in pigiama, con la canottiera a mezza manica. Alcuni mi hanno detto che se ha la febbre devo tenerlo con la mezza manica che va giù prima, ma io ho le mie abitudini, come mi hanno cresciuto (Madre, 1 figlio, Val di Susa).

Alcuni genitori mettono in atto comportamenti che implicano, secondo il loro modo di intendere, fiducia nelle capacità di recupero dei bambini e nella loro capacità di autoregolazione dei bisogni.

Si sveglia tanto e non mangia, beve tanto, secondo me i bambini si autoregolano...[...] Io non sono per vestirla troppo o troppo poco, anche su quello mi regolo su di me (Madre, 1 figlia, Torino).

[...] Anche perché lui non mangia, latte, tanto latte gli offro anche io, perché gli fa bene in quei momenti lì (Madre, 1 figlio maschio, Torino).

Talvolta, la rassicurazione emotiva pare essere l'elemento centrale della trasformazione delle pratiche quotidiane, anche quando implica l'intervento in altri campi ritenuti emotivamente cruciali, quale quello alimentare.

Quando stanno male cerco di fargli mangiare quello che gli piace, figurati quello che non gli piace, non è il caso di insistere...è una cosa mia, mi viene da coccolarli nel senso che gli do quello che gli piace, per non stressarli nel mangiare, lasciar correre delle cose (Madre, 2 figli, Torino).

Diciamo che, anzi, ho sempre cercato di fargli delle cose che gli piacevano di più, a esclusione dell'uovo che con l'antibiotico...però non l'ho messo a dieta, non ho fatto delle cose più salutari. Ho cercato anche di fargli delle cose un po' meno leggere ma più gustose, ma intanto non mangia nulla (Madre, 1 figlio, Torino).

Non ho cambiato [nulla], quando i bimbi sono malati hanno più bisogno di te, della mamma, se ci fosse qualcun altro non sarebbe la stessa cosa, hanno più bisogno di stare in braccio, di essere coccolati (Madre, 1 figlia, Val di Susa).

In 5 interviste, le madri hanno dichiarato esplicitamente che le pratiche del quotidiano non mutano in nulla. In questi casi, la presenza della malattia sembra non introdurre fratture nelle *routine* del quotidiano e con buona probabilità l'attenzione delle madri viene catturata dalle esigenze riferibili ad altri aspetti dei bisogni del bambino ammalato, più riferibili al "curare" che al "prendersi cura". Anche i padri, quantunque riportino in misura minore testimonianze relative al "prendersi cura" e sembrano più presenti nella "cura", citano soprattutto trasformazioni che riguardano l'alimentazione, il sonno, il vestiario, l'attenzione agli sbalzi di temperatura. Riportano, inoltre, sebbene in misura minore, anche la necessità di rispondere alla rassicurazione emotiva.

Ti viene automatico, se la bambina non va all'asilo cerchi di coprirla di più, il cibo cerchi di farle la minestrina in brodo con il formaggino. A volte la bambina non vuole mangiare allora le fai il biberon con due biscottini, ti dice di sì, ma il fatto che sta male poi lo lascia. E' normale che cambi l'alimentazione (Padre, 1 figlia, Torino).

Il codice paterno, che nelle interviste appare talvolta come più normativo, viene ribadito in modo efficace da due padri, quasi che essi abbiano tenuto a precisare che è possibile continuare a utilizzare quel codice nonostante lo stato di malattia dei figli.

Non cambia nulla...non cambiano le abitudini perché il bambino sta male, più coccolato, meno coccolato, c'è più attenzione, lo guardi, ma lo guardi di nascosto, come si comporta e che cosa fa, se va meglio o va peggio e in base a quello prendi determinate decisioni (Padre, 2 figli, Val di Susa).

Dipende dal tipo di malattia, se ha problemi intestinali come è successo di recente, cambia le abitudini alimentari, il modo di vestire no, perché stanno in casa, tengono gli abiti da casa, in casa non si gira in pigiama (Padre, 2 figli, Torino).

Riferendo della trasformazione, o del mantenimento, delle pratiche quotidiane, i genitori intervistati hanno anche avuto modo di riferire quali siano gli indicatori del benessere ritrovato che ritengono di poter osservare nei propri figli e a quali di essi prestino maggiore attenzione. Si tratta di

indicatori che, ancora una volta, riguardano in larga misura il desiderio di mangiare e di giocare, le migliorate condizioni di sonno, il miglioramento dell'umore.

Le seguenti testimonianze riassumono efficacemente gli indicatori più frequenti, simili per i padri e per le madri.

Per prima cosa [si] vede se mangia, se è sereno, se gioca, se sta con gli altri bambini, dorme, quelle cose visibili, se mangia, gioca e dorme direi che ha una vita normale (Madre, 2 figli, Torino).

Un bambino che mediamente sta bene torna a essere se stesso, torna ad avere il carattere di prima, ritorna a mangiare quello e quanto mangiava prima, se passa un periodo che non dorme perché non sta bene poi torna a dormire nelle solite fasce orarie vuol dire che sta meglio, ricostruirsi le abitudini che aveva prima (Padre, 2 figli, Torino).

Anche per quanto riguarda la trasformazione delle pratiche quotidiane, la variabile che pare segnare un'importante differenza è il genere del genitore, in quanto le madri appaiono più attente alla trasformazione delle *routine* quotidiane, ossia più in grado di riferire i mutamenti del "prendersi cura", mentre i padri sembrano essere più propensi a riferirsi agli aspetti della "cura".

Un'altra osservazione è possibile cogliendo gli stimoli provenienti dalle interviste delle madri: il maggiore ricorso al "sapere di senso comune" ricevuto nella propria famiglia e riferito al "prendersi cura", con il fine di "curare" gli stati di malattia. Come abbiamo riportato, soprattutto l'igiene personale sembra essere un territorio nel quale il confronto con il sapere trasmesso e ricevuto necessita di una negoziazione elevata, introducendo altri attori e riferimenti nel processo di co-costruzione del percorso che porta dalla malattia alla ritrovata salute.

## 2.6 "Curare": il sapere esperto e i saperi di senso comune

### 2.6.1 Il sapere esperto

Come abbiamo già avuto modo di rilevare, dalla totalità delle interviste raccolte emerge che il sapere esperto medico è quello a cui i genitori dimostrano di attribuire la maggiore legittimazione sia per quanto riguarda gli aspetti legati al riconoscimento degli stati patologici e la loro cura, sia per quanto riguarda il "corretto prendersi cura" dei bambini nella vita quotidiana.

Ricorrere al sapere esperto significa innanzitutto ricorrere al pediatra di fiducia, del settore pubblico e del settore privato che sia; significa, inoltre, ricorrere al pronto soccorso degli ospedali, pur con le perplessità e le riserve espresse in alcune interviste realizzate con i genitori della Valle di Susa, che risentono della mancanza di servizi d'urgenza specifici per bambini; significa, infine, ricorrere ad altri strumenti di informazione che sembrano essere dotati di una scientificità appartenente al sapere medico, o a persone della rete parentale o amicale che lavorano nel campo della salute.

La maggior parte dei genitori intervistati dichiara, come è stato già commentato, che ritiene di far ricorso al pediatra quando risulta troppo complicato attribuire al malessere lo statuto di "sintomo certo", a causa della mancanza di esperienza propria o delle reti portatrici di senso comune ritenute affidabili; oppure, per curare uno stato patologico non ritenuto gestibile in autonomia; oppure ancora, si ricorre al pediatra di fronte a un "sintomo certo", riconosciuto dai genitori stessi, che viene però ritenuto particolarmente allarmante, come la febbre e la tosse che "non passano" infine, per essere rassicurati in merito all'adeguatezza del proprio agire e per contenere i propri stati d'ansia.

La fiducia pare essere elemento centrale lungo tutto il percorso che conduce dalla rilevazione del malessere, al "sintomo certo", al riconoscimento dello stato patologico, alla cura, all'accertamento della guarigione. Si tratta di una fiducia che percorre i due livelli nei quali si struttura quella che Ingrosso (1994, 84) definisce "la-salute-che-pensiamo", ossia quel complesso gioco di rimandi fra vissuto e pensato, fra rappresentazioni individuali e collettive, che origina le forme mentali che

riguardano la salute e che, sul piano collettivo, evolvono in “modelli di salute” che “si esprimono sul piano individuale e interpersonale in comportamenti, emozioni, vissuti che informano (danno forma) di sé il corpo, l’identità, la struttura relazionale” (Ibidem).

Come emerge dalle nostre interviste, la fiducia nel sapere esperto di tipo pediatrico si manifesta sia nell’accettazione del modello di salute e di malattia proposto dal piano collettivo, il quale costituisce la cornice generale di senso che i genitori dichiarano di percepire come dotata di legittimità e di autorevolezza perché appartenente al sapere medico in generale e al sapere medico specialistico in particolare, sia a livello individuale e microrelazionale, come fiducia nel singolo professionista, e ciò a due condizioni: che il professionista stesso si dimostri “professionale”, secondo la prospettiva dei genitori; che ciò che egli propone, in termini di puericultura, di diagnosi e di cura, sia “agganciabile” all’attribuzione di senso al malessere, al sintomo, alla malattia, alla cura, al prendersi cura riconoscibile dai genitori stessi come un’attribuzione “appropriata”.

Questo doppio livello di fiducia può rappresentare, a nostro avviso, un elemento per la comprensione del fenomeno dello “shopping pediatrico”. L’incertezza riguardante la diagnosi e l’inefficacia delle cure, “vere” o “presunte” che siano, non paiono essere ragioni sufficienti per abbandonare, completamente o in parte, il modello di salute generale proposto dal sapere esperto pediatrico. Non paiono, in altri termini, sollecitare, una reazione di tipo cognitivo, con il conseguente abbandono della cornice interpretativa del sapere medico, quanto una reazione di tipo normativo, con il riaffermare, talvolta con qualche piccola deroga, la medesima cornice, arricchendola però di nuovi protagonisti: nuovi pediatri, di base o “a pagamento” – ritenuti da alcuni più accurati e attenti e con orari più accessibili - e pronto soccorso.

Le seguenti testimonianze riassumono con efficacia l’orientamento generale che emerge dalle interviste:

Crediamo abbastanza nella sanità pur sapendo che ci sono dei casi, mia sorella dice che su due dottori non ce n’è uno uguale all’altro, c’è quello che lo fa con passione e quello che lo fa perché deve lavorare, c’è quello più in gamba e quello meno, ma in tutti i settori. Noi abbiamo avuto la fortuna di avere una dottoressa con cui abbiamo un feeling, forse lei ha visto che non siamo genitori con il fiato sul collo che al minimo problema ti telefono e ci ha messo in una certa classifica [...] Se il problema persiste si telefona alla pediatra, se non passava io avrei sempre richiamato la pediatra e chiedere se secondo lei era meglio andare in ospedale. Ma non per non portarlo all’ospedale, ma se uno ha un pediatra è meglio che senta prima il suo parere. [...] Se si capita in un periodo che il pediatra non è reperibile, allora lì si va in ospedale (Padre, 1 figlio, Val di Susa).

(Il pediatra a pagamento?) Secondo me, no...ma dipende dal dottore che trovi. La nostra pediatra anche se è una pediatra della mutua, credo sia una delle migliori [...] Comunque chiediamo sempre alla pediatra prima di muoverci. L’unica volta che non abbiamo chiesto alla pediatra era quella volta lì che era domenica notte, erano le 11 e mezza, lui aveva la febbre a 40 e non gli scendeva, ho pensato di telefonare alla pediatra, noi la sentiamo sempre, comunque sempre al secondo giorno (Padre, 2 figli, Val di Susa).

(Il pediatra a pagamento) è il medico di famiglia dei miei, lo conosco da tanto tempo...ho fiducia in questo medico perché lui ha curato anche noi quando eravamo piccoli, ci sono affezionata (Madre, 1 figlio, Torino).

(Il pediatra privato) perché è l’unico che in due occasioni che A. (nome del figlio) è stato male mi ha trovato una soluzione...Io ero molto scettica perché lo trovavo un vecchio pediatra che era ora che andasse in pensione. Non ero molto favorevole ai metodi di questo pediatra perché gli dava sempre gli antibiotici (alla figlia della cugina del compagno) poi quando io ho avuto bisogno di lui mi ha aiutato e mi sono ricreduta (Madre, 1 figlio, Val di Susa).

Ho spinto io per provare, volevo vedere se riuscivamo a risolvere qualcosa, sarebbero continuati gli episodi di bronchite, ma anche l’omeopata ci diceva di continuare a farli l’aerosol allora per fargli una cosa...tanto vale fargliene una e lo faccio soffrire meno [...]. Quindi abbiamo perso un po’ la fiducia nel senso che qualcosa funziona sicuramente, dipende da quanto uno ci crede ma sinceramente non possiamo riempirlo di gocce e goccine, preferiamo per adesso stare con la medicina tradizionale sperando che funzioni (Madre, 2 figli, Torino).

(Se ci si rivolge al pediatra privato) è grave, perché se fai così è perché non ti fidi della persona che sta curando tuo figlio, questa cosa deve essere maturata più in fretta possibile, può succedere una volta, ma la seconda non deve succedere (Padre, 1 figlio, Torino).



Anche la negoziazione tra i genitori per l'intervento del pediatra, che a volte coinvolge la rete parentale più prossima, pare confermare la prevalente reazione normativa. Così si esprime un padre:

Io sono quello che direi: chiamiamo il pediatra, ma lei mi dice che non è il caso perché è già successo e poi so già che non verrebbe, quindi mi posiziono un pochino sul resto della famiglia (Padre, 2 figli, Val di Susa).

In questa testimonianza, entrambi i genitori riconoscono legittimità al sapere medico: il padre, secondo l'orientamento prevalente tra quelli intervistati, esplicita in misura maggiore la necessità del ricorso diretto al sapere specialistico; la madre, viceversa, pare essere orientata ad attendere lo svolgersi dei sintomi, facendo comunque riferimento sia al sapere medico pediatrico in generale (*è già successo*, in altre parole, "so come comportami") sia all'esperienza di relazione con il pediatra di base (*so già che non verrebbe*, sottinteso: "per un sintomo di questo tipo").

Lo stesso padre conferma la propria fiducia e quella della moglie nel sapere pediatrico in generale, e nel loro pediatra in particolare, esaminando il possibile ricorso al pronto soccorso:

Se avesse 41 di febbre e non scende la porterei subito al pronto soccorso...ma telefonerei anche al pediatra, perché la cartella clinica di mia figlia ce l'ha in mano lui per cui chi la conosce bene è lui e mia moglie.

Infine, la testimonianza, come appare ben visibile nell'ultima parte (*per cui chi la conosce bene è lui e mia moglie*), richiama la co-primarietà della madre e del pediatra nella composizione dei percorsi di salute e di malattia dei figli e la co-titolarità riconosciuta come legittima a questa importante diade.

Questi due elementi, co-primarietà e co-titolarità riconosciuti alla diade madre-pediatra, sono presenti in modo maggioritario nelle interviste dei padri e in tutte le interviste realizzate con le madri.

Le ragioni per cui i genitori si rivolgono al pediatra consentono di delineare con maggiore precisione alcuni tra gli elementi costitutivi della rappresentazione della "fiducia" riposta nel singolo professionista.

Nella quasi totalità delle interviste, in modo espresso o in modo indiretto viene richiamato il riferimento alla "professionalità" come costituente della fiducia; con "professionalità" i genitori intendono, il più delle volte, tanto la presenza del sapere medico, che permette al pediatra di diagnosticare e di curare in modo ritenuto adeguato, quanto la capacità relazionale del professionista.

Vado dal pediatra che ha gli strumenti e le conoscenze per capire cos'ha e quale rimedio...[...] Abbiamo capito benissimo che nei primi mesi di un primo figlio i genitori hanno bisogno di esprimere i dubbi, le perplessità anche se il bambino, che fortunatamente non ha patologie...(Padre, 2 figli, Torino).

Per la professionalità, è una persona di riferimento, in quel caso non sono per le cure di bocca in bocca, proprio per questo fatto che sono stata tanto seguita e che mi sento tranquilla, perché mi sembra in assoluto che abbia proprio chiara la situazione (Madre, 2 figli, Torino).

Ecco come una madre racconta la perdita di fiducia nella professionalità della pediatra di base che seguiva nel passato la sua bambina. Come si evince dalla testimonianza, pare essere stato un difetto di comunicazione ad aver danneggiato la relazione e, a causa di tale difetto, è venuta a mancare la fiducia.

[...] per carità, la tosse, e i bambini hanno la tosse, che le posso dare, ma non le dia niente, sì però ha la tosse tutta questa settimana, la prossima magari, ha anche la febbre, poi ritorno qua, poi ha l'otite, sono tutte cose normali e naturali che si prendono a scuola in età scolare, eccetera. All'epoca c'era solo M. (nome della figlia più grande), stava sempre male e non si facevano cure, non c'era niente, la varicella si gratta le croste, le posso dare un antistaminico, ma io direi di no. Non è mai venuta a casa, non aveva neanche un buon approccio con i bambini (Madre, 2 figli, Torino).

La rappresentazione della “professionalità” è presente nelle interviste anche attraverso la contrapposizione con il sapere di senso comune di cui sono portatori i membri delle reti parentali e amicali.

Quando ero bambino mi tenevano sotto le coperte, il medico ci ha detto che può anche uscire, che non c'entra niente, non c'è problema. [...] senz'altro con il pediatra, è uno specialista, parlare con una persona che ne sa più di noi, hanno esperienza ma di 20-30 anni prima, le cose sono cambiate, il pediatra è la persona più indicata (Padre, 1 figlio, Torino).

Perché i parenti ti possono dare qualche consiglio però, in fin dei conti, anche mia mamma diceva che io avevo sempre la bronchite ma non mi dava le stesse cose che la pediatra mi ha prescritto per il bambini, quindi è meglio andare dal dottore (Madre, 1 figlio, Torino).

Perché è una persona qualificata, anche se i genitori hanno già cresciuto dei figli, penso che il pediatra sia la persona più qualificata per darti dei consigli in merito (Madre, 2 figli, Val di Susa).

Il (tuo) genitore può sottovalutare o sopravvalutare il problema, quindi può darti un consiglio per esperienza, associandolo a un caso già avvenuto, che magari non è quello giusto (Padre, 1 figlio, Val di Susa).

Non avrei chiamato nessun parente, primo perché non saprei chi chiamare, nel senso che i miei suoceri, non per sminuire, non sono persone competenti per rispondermi davanti a situazioni di questo tipo...la prima cosa che farei, sentirei il pediatra, per competenza (Madre, 1 figlia, Val di Susa).

Perché i parenti possono sbagliare come sbaglio io, hanno più esperienza ma è sempre un parere. Il pediatra ha l'esperienza ma anche delle informazioni in più, se devo scegliere tra i due pareri preferisco chiamare subito il pediatra perché penso che sia più competente e poi penso che pagando sull'unghia sia più attento (Madre single, 1 figlio, Torino).

Le ragioni addotte per fare ricorso al parere del pediatra possono rivelare le caratteristiche dell'assetto delle relazioni in ambito familiare, come nella seguente testimonianza:

Noi chiamiamo la pediatra anche perché non è che corre tanto buon sangue tra i miei suoceri e la figlia, e mia moglie preferisce la pediatra. Come figura di dottoressa, per esperienza perché ne ha viste di cotte e di crude, perché è stata la sua pediatra e lei si fida tantissimo (Padre, 1 figlia, Torino).

In questo caso appare evidente che la scelta, socialmente legittimata, di ricorrere al sapere esperto pediatrico è utilizzata anche per segnare una distanza con un sapere di senso comune i cui portatori, i suoceri dell'intervistato, non sono graditi dal punto di vista relazionale. Di conseguenza, il loro sapere non è considerato “utilizzabile”, in quanto non adeguato dal punto di vista relazionale.

## 2.6.2 I saperi di senso comune

Ricorrere ai saperi di senso comune presenta, innanzitutto, importanti valenze di tipo relazionale. Nelle interviste si rintracciano due grandi gruppi di significato attribuiti al ricorso a questi saperi. Il primo gruppo si riferisce al sapere di senso comune che il genitore sente di aver elaborato a partire dalla propria esperienza o dalla propria “natura” di genitore. Si tratta di un sapere a cui può attingere in ogni momento e per mezzo del quale può dimostrare di essere un genitore adeguato. Le due variabili che paiono influenzare in misura maggiore la presenza di tale riferimento sono la presenza di figli più grandi e il genere del genitore.

Con la prima figlia eravamo al pronto soccorso un giorno sì e un giorno no, diciamo che con il secondo si impara a valutare la gravità della situazione per cui tutti quei momenti che per la prima figlia magari piangeva disperatamente, non sapevamo cosa avesse, pensavamo a qualcosa di tragico perché piangeva, con la seconda vediamo come va... (Madre, 2 figli, Torino).

Con la febbre penso che un genitore se la possa cavare da solo, perché è la cosa più banale, se poi va avanti tanti giorni e non si abbassa nonostante la tachipirina allora è un altro tipo di problema...sul secondo figlio andiamo a colpo sicuro, magari siamo partiti dal grande quando aveva la febbre: cosa facciamo?, invece con l'altro andiamo avanti...Diciamo

che non ha tutte le attenzioni del primo non perché non gli si voglia bene, solo perché il primo non sai mai come comportarti. Col primo ne hai passate di tutti i colori e il secondo lo cresci così (Padre, 2 figli, Torino).

Quando c'è una semplice influenza o un semplice raffreddamento o una cosa che sai che le viene spesso (si fa da soli)... A. (nome della figlia) soffre di bronchite asmatiforme e ogni tanto le viene, abbiamo curato questa cosa e la pediatra mi ha dato la cura e quando le viene non la chiamiamo neanche, so che cosa devo fare, o per una banale influenza, se non ci sono altri sintomi (Madre, 1 figlia, Torino).

(Il genitore) deve seguire molto l'istinto e fare un po' di prove. Se ha un po' di febbre non lo prendi e lo porti subito dal pediatra, prova a dargli la tachipirina e vedi un attimo, se poi non passa però prendere il bambino e lo porti fuori, prendere freddo, è sensibile a queste cose...[...] Se è una tosse che tossisce una volta ogni tanto cerco il più possibile in modo naturale, con una tisana calda [...] Nella fase iniziale con una tisana, il calore della mamma, si attenua un pochino (Madre, 2 figli, Val di Susa).

Perché la mamma è la persona che ha cresciuto il bambino dal momento della nascita fino a quel momento, quindi deve conoscere tutto, ogni reazione, ogni movimento del bambino e capire il perché (Madre single, 1 figlio, Val di Susa).

Le seguenti testimonianze riportano efficacemente il pensiero espresso dalla maggioranza degli intervistati, i quali hanno individuato una sorta di gradualità nei sintomi che permette di ricorrere al proprio sapere di senso comune, elaborato sulla scorta di precedenti esperienze in cui hanno richiesto l'aiuto del pediatra, o sulla scorta di altre fonti di informazione di tipo sanitario (internet, per esempio), o sulla propria esperienza individuale di malattia.

Dipende dalla gravità del problema nel senso se il bambino sta male ed è un semplice raffreddore, ne parliamo con il padre e vado anche semplicemente in farmacia e non chiamo neanche il pediatra [...] Per cose banali o faccio di testa mia e ne ho parlato semplicemente con il pediatra (Madre, 1 figlio, Val di Susa).

Mia madre è tedesca di origine e di modo, praticamente, e io mi sono trovato bene... Per mia madre il motto era "vietato ammalarsi", mi portava all'asilo con la febbre, con le braghe corte e la neve fuori. Non c'è allarmismo e non faccio pesare al bambino di stare male. Se sta male mi comporto in un certo modo, se ha la bronchite non spalanco le finestre e lo lascio in corrente d'aria ma l'aria si cambia comunque, va in un'altra stanza e dopo rientra. A meno che il dottore non dica, per questo c'è bisogno di, allora seguo il consiglio del medico, ma finora non è mai servito [...] Se la cava da solo quando ci sono i malesseri classici, non ci sono cose gravi, se il bambino rimette una volta non vado da nessuno, gli do un goccio di camomilla e finisce lì. Se il bambino ha due linee di febbre non vado da nessuno, lo tengo sotto controllo e vedo come va, se la febbre aumenta chiamo il pediatra... Noi, se vogliamo fare dei numeri. L'ottanta per cento delle cose ce la sbrighiamo da soli, con le medicine che ci ha consigliato il pediatra (Padre, 2 figli, Val di Susa).

Si può agire da soli se uno ha un po' di raffreddore o un po' di febbre, intanto si sa benissimo che prima dei tre giorni non si può dare antibiotico, se è una cosa virale è destinata a terminare da sola, se è batterica continuerà dopo tre giorni. Se vedo dei segnali preoccupanti, si addormenta improvvisamente, è molto stanco, se ha dolori articolari, più o meno mi attengo alla lista che ci aveva dato la vecchia pediatra su come gestire la febbre, forse per evitare che le mamme telefonino ogni tre secondi... ma anche internet, per la varicella sono andata a vedere tutte le varianti, poi ho chiamato il pediatra che mi ha detto cosa dargli e cosa dovevamo fare (Madre, 2 figli, Torino).

Se la febbre è meno forte possiamo tentare con la via omeopatica o andare subito al sodo, intanto per poi arrivarci, e poi se ci sono dei sintomi nuovi che non conosciamo allora bisogna parlare con il medico (Padre, 1 figlio, Torino).

Io leggo molto, internet, di fronte a cose che non ritengo, dipende che dubbio ho. Una pediatra di Brescia mi aveva dato un sito sui pediatri e vengono trattati vari argomenti (Madre, 1 figlio, Val di Susa).

Il secondo gruppo di significati si riferisce al sapere di senso comune a cui il genitore sente di poter attingere sulla scorta dei legami relazionali che ha instaurato e delle competenze sull'allevamento e sulla cura dei bambini che riconosce ai membri delle proprie reti.

Più specificamente, dalle interviste emerge che si tratta non soltanto di avere a disposizione e di saper utilizzare elementi di cultura popolare della salute, proveniente dalla tradizione ed eventualmente contaminata dal sapere esperto pediatrico, ma anche, e soprattutto, di compiere delle attività a forte contenuto relazionale. Tra queste il riconoscere l'autorità della fonte del sapere

trasmesso, e di riconoscere in essa le proprie radici e la continuità della propria storia; il riconoscerne la legittimità nella costruzione delle pratiche di cura per i figli; soprattutto, il riconoscerne la legittimità nella definizione delle pratiche costituenti della genitorialità adeguata. In alcune testimonianze, viene ribadita l'importanza della non intrusione dei saperi di senso comune, o di alcuni saperi di senso comune, nelle pratiche di cura. In altre, viceversa, ne viene ribadita l'importanza e la centralità. In ogni testimonianza, anche in quelle in cui il riferimento sembra schiettamente rivolto ai contenuti obsoleti o inadeguati dei consigli offerti dalle generazioni più anziane o collaterali, si può cogliere, esplicitamente o in trasparenza, la natura relazionale del rifiuto o dell'accoglimento del suggerimento offerto.

Io sono stata abituata in famiglia, ma anche sua mamma, i consigli che mi ha dato, cerchiamo di risolvere le cose se la situazione non è grave la teniamo sotto controllo, io non sono mai stata abituata ad essere portata dal medico...ci sono quelle cose che fanno parte della mia cultura per cui tengo a provare una giornata a cavarmela con le mie forze, è inutile che chiami mia madre che mi ripete le cose che so. Posso informarla del fatto che stia male, però non è che le chiedo cosa fare (Madre, 1 figlio, Torino).

Sono di un'altra generazione, i rimedi della nonna, alcuni possono essere utili come quello del miele, però sono cambiato i tempi, ci sono soluzioni diverse. In alcuni casi possono essere utili ma la prima persona che chiamo è il pediatra, poi posso sentire anche mia mamma o mia suocera che mi possono dire qualcosa, è capitato che loro mi abbiano dato dei consigli, ma non lo ho adottati [...] Sicuramente la scienza è andata avanti, ci sono più cose di un tempo, però il fatto di essere nonni, mia mamma è molto apprensiva e ogni tanto dice delle cavolate (Madre, 2 figli, Torino).

Mia suocera mi somministrerebbe qualche pozione strana da lei preparata di cui non mi fido, essendo loro persone che non vanno dal medico neanche a pagarle, non mi sembrano...Anche perché lei fa pozioni così, senza documentarsi, ha quattro cose in casa, le mischia e se viene una cosa piacevole se la beve, se no la dà a suo marito e che se la beva lui. Mia mamma sebbene quando io ero piccola fosse molto precisa, in queste cose, adesso, qualunque cosa hanno stanno per morire, però poi le dici come stamattina, per favore misura la febbre a F. (nome del figlio) prima di pranzo e alle quattro e poi lei le ha dato pranzo e non le ha misurato la febbre. In realtà manca un po' di fiducia (Madre, 2 figli, Torino).

[...] cerco di non rimpinzarlo di porcherie, secondo me, a volte si abusa troppo dei farmaci, cerco il più possibile in modo naturale, con una tisana calda. Il miele lo usava anche tanto la mia mamma, sono tutti rimedi dei nonni (Madre, 2 figli, Val di Susa).

Magari posso chiedere consiglio con mia mamma, ma per me, come effetto calmante, ma normalmente non sono cose gravissime, me la cavo da sola (Madre, 2 figli, Torino).

[...] mi capitava di telefonare a una mia amica che aveva un bambino con qualche mese più del mio, ma mi sembrava avesse più esperienza, allora mi capitava di chiamarla e di chiederle se le era capitato anche a lei che il bambino avesse vomitato e quindi questa cosa mi dava tranquillità, adesso un po' meno, perché mi so gestire di più, magari riconosco di più i loro sintomi, magari aspetto un giorno e poi li porto dal pediatra...Mia mamma e mia suocera un po' meno, loro si agitano (Madre, 2 figli, Torino).

Per prima mia mamma per comunicarglielo ...la nonna è molto coinvolta nella crescita delle bambine o per dirle che non vado a lavorare (Madre, 2 figli, Val di Susa).

Una via di mezzo perché in realtà quando lei sta male tendo a chiamare il parente, con mia mamma abbiamo un rapporto più stretto, ma mi capita di sentire qualcun altro anche se appunto sono le persone che mi danno consigli che non ritengo giusti, preferisco ancora l'amica, comunque sento ma poi preferisco rivolgermi al pediatra (Madre, 1 figlio, Val di Susa).

Il consiglio non medico posso anche chiederlo, ma io sono la mamma, sono io che decido...però lavorando tutto il giorno, loro sanno più di me, per cui se mi dice fai questo perché il bambino oggi ha tossito tante volte, ascolto mia mamma. Magari mi dice di fare l'aerosol perché il bambino è tutto il giorno che ha gli occhi lucidi. Mi dà fastidio, sono sincera, perché sa più cose di me. Il bambino ha tanta tosse, chiama il pediatra, e allora va bene, chiamo la pediatra e faccio quello che mi dice, mi piacerebbe dire: lo sai che A. (nome del figlio) così e così, ma gli posso solo raccontare di quando sono a casa (Madre single, 1 figlio, Val di Susa).

Dalle interviste emerge che le madri si definiscono molto più indipendenti dai saperi di senso comune delle loro reti familiari e amicali di quanto non le percepiscano i mariti, che le vedono molto impegnate nel chiedere consigli a madri, sorelle, amiche. Inoltre, nelle testimonianze maschili è presente un orientamento, non maggioritario ma consistente, che riconosce alle madri un ruolo centrale nella costruzione e nell'utilizzo dei saperi di senso comune.

Io seguo molto quello che dice lei perché è lei che ha i contatti con il pediatra, poi lei parla molto con sua madre, non so quali rimedi [...] Sulla salute sia i miei che i miei suoceri sono sempre pronti ad agire in caso di necessità (Padre, 1 figlio, Torino).

Ho chiesto a mia madre sulle malattie infettive di morbillo, mia madre ne sapeva bene, lei sa tutte le malattie e lei mi aveva detto di mettergli la maglia rossa sulla pelle, così tira fuori tutto quello che potrebbe avere. Non l'ho più usato perché non era morbillo ma scarlattina, ma mi ricordo che lo usava anche con noi...però l'avrei adottato. Mia moglie dice che qualsiasi malattia della pelle mettendo la maglia rossa sfoga subito. Diciamo che una volta funzionava (Padre, 2 figli, Torino).

La prima cosa che faccio è capire che cos'è. Un primo riferimento possono essere i genitori, ma non è un parere esperto anche se sento un parere loro per me non è vincolante nel senso che anche se loro mi dicono di fare una cosa che per me non è fondamentale, io ragiono sempre con la mia testa, se vedo che i bambini non stanno bene e non riesco a curarli in un giorno vado dal pediatra...Veramente se ne occupa più mia moglie, è lei che magari telefona di più a sua madre, io personalmente con mia madre non mi viene da telefonarle (Padre, 2 figli, Torino).

Io penso che siano le nostre regole, rispettare le nostre cose, ben vengano i consigli ma se poi fai parlare troppo la mamma, la nonna, diventa un casino unico, magari inizia con poco, diamo i consigli, ma non di esagerare...Da subito ho deciso di creare meno confusione possibile, può essere un errore ma io la vedo così, ho preferito evitare quelle mamme troppo pressanti (Padre, 1 figlio, Torino).

Scarto di chiedere ai genitori perché se uno ha deciso di diventare genitore me la sbrigo da solo, dipende da che tipo di malessere c'è [...] Ai genitori non si chiede niente, lei lo faceva un po' all'inizio con il primo figlio, età diversa per cui chiedeva alla mamma. Ma visto i consigli che vengono dati, alla fine si creano degli allarmismi che alla fine non sono giustificati...ritengo che, se uno deve chiedere un parere deve chiederlo a chi è competente, non per l'esperienza dei vecchi, che può servire solo fino a un certo punto. Se il bambino diventa verde da un lato non chiamo mia suocera, che poi vengono fuori un sacco di cretinate che non servono a curare il bambino e ti confondono le idee, il consulto lo chiedo a chi è competente (Padre, 2 figli, Val di Susa).

C'è una collega che io chiamo zia (nome della collega), mi ha dato un sacco di consigli del tipo quando la bambina non stava bene per un motivo, ci aveva detto di comprare una crema per il rossore al culetto, mi aveva detto che per i suoi figli usava questo prodotto e ha funzionato. Io mi fido perché lei mi vuol bene (Padre, 1 figlia, Torino).

Le testimonianze delle madri e dei padri chiariscono innanzitutto come si ricorra ai saperi esperti dei familiari, in particolare dei genitori, e degli amici, soprattutto perché "vogliono bene", perché con essi esiste una prossimità affettiva importante e il consiglio da loro offerto, così come il seguire il consiglio ricevuto, confermano la presenza dell'affetto.

In secondo luogo, le interviste illustrano come ricevere e seguire i consigli ricevuti, o viceversa, non seguirli, non richiederli o rifiutarli, significhi autorizzare o impedire che alla definizione della genitorialità adeguata partecipino i genitori, gli altri parenti e gli amici delle reti caratterizzate da prossimità affettiva, ribadendo la centralità delle pratiche di cura per la costruzione della genitorialità secondo modelli condivisi.

Infine, le testimonianze rilevano, direttamente o indirettamente, che anche nell'utilizzo dei saperi di senso comune, così come nell'utilizzo dei saperi esperti, sono le madri ad avere un ruolo centrale, divenendo protagoniste dello scambio di saperi soprattutto con le componenti femminili delle reti caratterizzate da prossimità affettiva.

### 2.6.3 Saperi esperti e saperi di senso comune: negoziazione e co-costruzione della cura

E' un non aver avuto una storicità della mia infanzia, non ho molte foto, ho una ciocca di capelli, per il resto non c'è nulla di tangibile...Questo è dettato dal fatto che quando ero ragazzo abbiamo avuto molti problemi in famiglia, di

salute, di ospedali ne ho girati tanti e mi sono abituato, che sono molto preparati, secondo me, ma tu devi arrivare con un quadro della situazione molto chiaro, più gli dai il quadro chiaro, più loro riescono a dirti le cose che hai...se poi vai nel pubblico, pronto soccorso, l'incontro è ancora più facile e devi importi, in questo momento c'è questa situazione, parla con me (Padre, 2 figli, Val di Susa).

Questa testimonianza, toccante nel suo insieme, illustra quanto la storia della malattia propria o presente nelle reti familiari e amicali influenzi profondamente la costruzione della storia individuale e il senso di sé. Illustra anche lo sforzo a cui viene sottoposto ogni individuo, adulto o bambino che sia, nel porsi in relazione con il sapere esperto medico, nel tentativo di ottenere ascolto adeguato, ossia cure adeguate, e nel costruire strategie comunicative per essere ascoltato compiutamente, ossia per poter dare un senso compiuto alla propria esperienza della malattia.

Come abbiamo più volte rilevato, il percorso che conduce dalla rilevazione del malessere, al sintomo, all'attribuzione di una patologia, alla cura, alla guarigione, è un percorso che né si costruisce in solitudine, né è immaginabile come frutto di una negoziazione diadica tra il paziente, o chi lo rappresenta, e il medico, alla ricerca di una irraggiungibile *compliance*. E' piuttosto l'esito di un complesso lavoro sociale che vede molti attori in azione, alcuni con ruoli meglio definiti, altri con ruoli più sfumati.

Anche per quanto riguarda le cure, dalle testimonianze raccolte emerge che sono le madri le principali artefici della regia dell'opera di co-costruzione del percorso terapeutico e della sua applicazione. Sono esse le protagoniste dell'importata opera di negoziazione relazionale e cognitiva presente sia nella diade genitore-pediatra, sia nella composizione di un quadro efficace di sintesi dei suggerimenti provenienti dai saperi di senso comune.

In quest'opera sono affiancate dai padri, che dalle testimonianze paiono sostenerle in misura maggiore nella co-costruzione con i saperi esperti.

La molteplicità di stimoli che i genitori raccolgono per comporre e applicare percorsi terapeutici dotati di senso, come abbiamo avuto modo di rilevare riguardano in larga misura non soltanto aspetti di ordine biologico – la guarigione fisica dei bambini – ma investono aspetti del “dover essere” concernenti la genitorialità adeguata, che sa attendere la compiuta manifestazione del sintomo; che sa attingere dalla propria esperienza, o da quella delle reti informali, per comprenderne la gravità ed eventualmente rivolgersi al sapere esperto pediatrico; che sa utilizzare rimedi provenienti dai saperi di senso comune o le cure prescritte dal sapere esperto in modo puntuale ed efficace.

In altre parole, nello studio del medico l'opera di negoziazione terapeutica e di co-costruzione del percorso di cura supera ogni esigenza di *compliance* e di asimmetria di potere che caratterizza quest'ultimo modo di intendere la relazione tra il medico e il paziente. Viceversa, necessariamente riconnette e integra i molteplici saperi e punti di vista utilizzati da tutti gli attori coinvolti, non soltanto per raggiungere scopi diagnostici e terapeutici, ma anche per confermare o non confermare l'adeguatezza delle pratiche di genitorialità poste in essere nei contesti del “prendersi cura” e della “cura” dei bambini.

Infine, dalle interviste, analogamente a quanto abbiamo rilevato nell'analisi delle testimonianze dei medici pediatri, non emerge un ruolo attivo attribuito dai genitori ai propri figli.

I bambini sono presenti principalmente come oggetto di osservazione e di cure, come oggetto di amore e di attenzioni, come corpi malati; sono poco presenti come soggetti attivi, portatori di esigenze specifiche, come soggetti partecipi, in qualche misura, del proprio percorso di guarigione. Avremo modo di approfondire ancora questo importante elemento di riflessione.

### 3. La relazione con il pediatra

#### 3.1 I criteri della scelta

Le prime domande che abbiamo posto ai genitori hanno riguardato sia i criteri attraverso i quali il medico viene scelto, sia a quale adulto spetta o si assume l'onere della scelta. L'analisi di questi criteri ci permette di comprendere attraverso quali contenuti i genitori tracciano una prima rappresentazione del pediatra, una sorta di "ritratto ideale", la cui consistenza sarà poi avvalorata dall'esperienza diretta e dalla mediazione e co-costruzione tra medico e genitore intorno ai contenuti di buona cura, sostegno e accompagnamento nel percorso di crescita e di salute dei bambini.

Le prime considerazioni riguardano quali soggetti all'interno della coppia o del gruppo familiare si assumono il compito di scegliere. Tra le diciotto coppie di genitori, composti da madre e padre, dieci di queste (otto residenti a Torino e due in Val Susa) vedono le madri primariamente coinvolte nella scelta, dato confermato dagli stessi padri come ben espresso dalla seguente dichiarazione che sintetizza il pensiero di molti

Non mi ricordo se l'ha cambiata perché non le piaceva a pelle e questa seconda ha avuto il suo nome da qualche amica, non me lo ricordo perché non sono intervenuto, mi interpella ma la risposta affermativa ce l'ha lei, mi sembra stupido intervenire, lei ha un po' più di elasticità sugli orari e se lei riesce ad organizzarsi per portarla nelle fasce quando io lavoro, se mi dice questa pediatra non mi piace, mi sembra superficiale, non mi fido, lo prendo come oro colato... (Padre, 2 figli, Torino).

I padri, in questi casi, non sono esclusi anzi vengono interpellati dalle madri, ma di fatto sono queste ultime che ponderano e alla fine individuano i criteri considerati più appropriati per comporre la scelta. Si potrebbe dire che all'interno di queste coppie l'individuazione del pediatra assume la forma di una comunicazione delle madri verso i padri, piuttosto che essere il frutto di una riflessione e mediazione comune.

Le restanti nove coppie si caratterizzano per un andamento più negoziale rispetto alla scelta del medico, ma con sfumature diverse al proprio interno. Sei di esse (quattro residenti in Val di Susa e due a Torino) possiamo considerarle propriamente negoziali, nel senso che la scelta del pediatra, così come altri aspetti che riguardano la vita e le pratiche quotidiane di cura verso il o i figli, si costruiscono grazie al confronto, alla mediazione e a una divisione del lavoro familiare che vede impegnati entrambi i coniugi secondo un contratto di genere simmetrico o, più propriamente, simmetrico riflessivo (Zaltron, 2009).

Ce l'hanno assegnato perché è della zona, naturalmente tutte le mamme « la (nome del medico) no! perché è...», (lui ha detto a sua moglie) «conosci qualcun'altra, no allora va bene lei». Se uno ha studiato è arrivato in certi ruoli non deve essere stupido perché penso che l'organizzazione della nostra società non metta degli stupidi in determinati punti, episodi gravi non ce ne sono mai stati se non dicerie di paese... (Padre, 2 figli, Val di Susa)

Quando G. (nome del figlio) è nato le pratiche le ho fatte tutte io perché lei aveva avuto un problema durante il parto e mi sembrava giusto occuparmi io di questa cosa (Padre, 1 figlio, Val di Susa)

Gli altri tre casi (tutti residenti in Val di Susa) hanno invece un andamento negoziale più sfumato in cui, sebbene la decisione preveda il confronto e la mediazione tra i coniugi, è soprattutto l'opinione o le maggiori competenze o conoscenze di uno dei due a orientare in modo definitivo il criterio. In queste coppie, ciò che fa la differenza è la rete parentale più forte cui può fare affidamento uno dei due coniugi la quale, nella composizione dei criteri che orientano la scelta, diviene l'elemento determinante cui i genitori si appoggiano, come si evince dalle dichiarazioni di questa coppia.

Mia sorella aveva la bambina con un problema alle anche, io all'epoca ero un ragazzino e vivevo con mia sorella, e ho seguito la situazione da vicino e ho visto che era meglio la pediatra che molti dottori che lo fanno di professione in ospedale o da privatisti. Quando c'è stato il momento di scegliere ci eravamo trovati bene lì (Padre, 2 figli, Val di Susa).

Io ho sempre chiamato solo la mia pediatra anche perché è bravissima, anche mia cognata si trova bene, mio marito che ha vissuto con le sue nipoti sa come si è comportata con loro e me lo ha proprio detto anche lui (Madre, 2 figli, Val di Susa).

Per le cinque madri single del nostro campione (quattro residenti a Torino e una in Val di Susa) la scelta del medico è spettata necessariamente a loro, ma i criteri grazie ai quali ha preso forma hanno previsto comunque forme di negoziazione, non con il partner, ma con la propria rete parentale o amicale.

La presenza di questa rete ci introduce al principale criterio che ha orientato la scelta di quasi tutti i genitori, indipendentemente dall'essere in coppia o da soli. La scelta del pediatra, infatti, avviene primariamente attraverso la testimonianza di soggetti che possono comprovare per esperienza diretta o per sentito dire la buona reputazione di cui gode il medico.

E' dunque un criterio fondato sul rapporto fiduciario che i genitori intessono all'interno delle proprie reti di relazioni dalla natura composita (parentali, amicali, di vicinato) e non necessariamente caratterizzate da individui che posseggono o appartengono a quel sistema di saperi esperti grazie ai quali valutare, con criteri congrui al sistema stesso, l'operato del medico.

Abbiamo infatti due soli casi in cui la scelta è stata orientata da un sapere esperto: nel primo caso il pediatra è stato consigliato da un altro pediatra amico di famiglia; nel secondo caso, dal proprio medico di base e costituisce una testimonianza interessante perché fa emergere la centralità di una negoziazione terapeutica tra medico e genitore, elemento considerato rilevante dai genitori per costruire relazioni valutate affidabili e competenti, così come si evince dalla testimonianza successiva.

...mi è stata consigliata come pediatra brava dal mio medico di base [...], che io reputo una persona molto in gamba [...], questo medico di base cura con l'omeopatia, ha una visione un po' più aperta e anche la pediatra ha una visione un po' più ampia e a me piace per quello (Madre, 1 figlio, Torino).

Negli altri casi, entrano piuttosto in gioco altri tipi di saperi, che abbiamo definito di senso comune, e che chiamano direttamente in causa gli elementi che compongono il profilo di una genitorialità adeguata secondo il punto di vista degli stessi genitori. Infatti, tanto più è simile il profilo di "buon genitore" e dei compiti che lo caratterizzano, così come della mappa di bisogni avvertiti centrali per il benessere e la salute del bambino, tanto più è ritenuta affidabile la testimonianza ricevuta sulla buona reputazione del medico. Due genitori a tale proposito affermano:

L'ho scelta perché ho chiesto ad una mia collega che abitava in zona chi mi consigliava e mi ha consigliato questa pediatra. Mi ha convinto la persona che me l'ha detto, che è una un po' pistina e ha due bambini (Madre, 1 figlia, Torino)

Ce ne erano tre qui.... (luogo di residenza), sua sorella che abitava prima qua aveva un altro pediatra e non era tanto contenta perché non dava le medicine. Allora noi abbiamo scelto l'altra pediatra (Padre, 1 figlio, Val di Susa).

L'analisi delle interviste mette in evidenza come non ci sia il primeggiare di una tipologia di rete rispetto ad altre: quella parentale non sembra essere considerata più affidabile rispetto a quella amicale, di vicinato o di lavoro. Ciò che, al contrario, sembra essere rilevante per la definizione dell'affidabilità è la condivisione della comune esperienza genitoriale vissuta nel medesimo tempo presente. Risultano infatti più importanti i pareri delle sorelle, delle cugine piuttosto che quelle dei genitori; oppure quelli delle amiche, delle colleghe di lavoro, delle mamme conosciute al nido con figli nella medesima fascia di età o poco più grandi. Avvantaggiate, in questo caso, sembrano essere quelle madri che hanno come pediatra dei propri figli o colui che è stato il loro pediatra in precedenza oppure colui o colei con cui sono nati prima dei rapporti di natura amicale e poi professionali.



Rileviamo, inoltre, che la possibilità di scegliere il pediatra sulla base di questo comune “sentire”, dato dalla condivisione di una pratica quotidiana, risulta essere un criterio importante anche perché la scelta del medico è comunque soggetta a vincoli sia di natura strutturale propri all’organizzazione del sistema sanitario, sia a vincoli di natura socio-economica dei genitori. Nel primo caso, la scelta si opera all’interno del numero di professionisti disponibili entro i confini del proprio luogo di residenza; nel secondo, dipende dalle maggiori o dalle minori possibilità economiche che hanno padri e madri di affidarsi a un pediatra a pagamento nel caso in cui la scelta di quello di base risulti essere poi insoddisfacente.

Quando i genitori non hanno a disposizione una rete cui riferirsi per costruire un profilo di affidabilità del pediatra, sono altri i criteri che vengono adottati per operare una scelta e che rispondono in misura maggiore, soprattutto per quel che riguarda l’esperienza delle madri, alle necessità di trovare soluzioni favorevoli ai vincoli posti dalla complessa e difficile conciliazione tra i tempi di vita familiare e quelli lavorativi. La scelta si orienta allora su quei medici che hanno studi vicino alla propria abitazione, oppure collocati in luoghi in cui è facile parcheggiare o con orari di visita più flessibili e conciliabili con quelli lavorativi dei genitori.

### *3.2 Le valutazioni sul ruolo e sull’operato del pediatra*

Ragionare sulle valutazioni di carattere positivo o negativo che emergono dalle narrazioni dei genitori in merito alle relazioni con i propri pediatri, significa analizzare per lo meno due nodi tematici. Il primo, e più evidente, rimanda ai contenuti di adeguatezza che i genitori attribuiscono a questi medici, ossia a quali competenze, funzioni e ruoli debba assolvere un pediatra per rispondere in modo adeguato sia ai bisogni di salute e benessere di un bambino, sia ai bisogni di conoscenza e di costruzione delle competenze cui sente di necessitare un genitore.

Il secondo è implicitamente sotteso al primo in quanto i significati di adeguatezza o di inadeguatezza dei pediatri rivelano, da una parte e in modo riflesso, intorno a quali contenuti i genitori percepiscano di assolvere in modo a loro volta adeguato il proprio compito genitoriale e, dall’altra, permettono di valutare e comprendere quanto e attraverso quali modalità questi saperi esperti orientano la percezione di adeguatezza che madri e padri hanno di se stessi.

#### *3.2.1 “Mi piace perché...”: le valutazioni positive*

Il primo dato che emerge dall’analisi delle interviste è la relazione prioritaria che hanno le madri con i medici-pediatri. Non è di tutte le coppie, ma è sicuramente prevalente; soprattutto le madri sono coloro le quali garantiscono la continuità del rapporto con il medico lungo l’arco di crescita del bambino, mentre i padri, quantunque non tutti, sono soprattutto presenti nel corso delle prime visite relative ai bilanci di salute, oppure nel caso di problemi di salute considerate serie.

La relazione privilegiata tra pediatra e madre, come si è visto nelle parti precedenti, non implica necessariamente che sia deputato soltanto a loro il compito della cura in caso di malessere o malattia del figlio. I padri, secondo modalità variabili, intervengono e sono presenti nella fase di individuazione del “sintomo certo”, in misura maggiore, ma anche in quella della cura.

E’ opportuno porre l’accento sulla maggiore esclusività del rapporto tra pediatra e madre, in quanto è soprattutto attraverso l’opinione di quest’ultima che abbiamo ricostruito le valutazioni sull’operato dei medici. A tale proposito, le narrazioni ci hanno permesso di far emergere due macro-aree tematiche intorno alle quali si coagulano le principali valutazioni positive. La prima, che costituisce quella che ha raccolto il maggior numero di preferenze anche da parte dei padri, riguarda primariamente competenze di carattere educativo-relazionale; la seconda attiene invece in modo più specifico alla pratica medico-pediatrica.

Abbiamo raggruppato all'interno delle competenze educativo-relazionali una pluralità di sottotemi che si riferiscono nella maggior parte dei casi alla relazione tra pediatra e genitore e, in un numero minori di casi, all'attenzione attribuita al bambino all'interno di questo triangolo relazionale.

La valutazione sull'operato del pediatra assume connotazioni positive quando la relazione con il genitore acquisisce le seguenti caratteristiche: sentirsi ascoltati, compresi, rassicurati e accompagnati primariamente nella gestione del malessere dei propri figli, ma anche nella gestione degli aspetti che riguardano le pratiche di cura quotidiana volte al benessere psicologico, emotivo, cognitivo e fisiologico del bambino. E' richiesta la capacità di accogliere e "sdrammatizzare" l'ansia di cui possono essere portatori i genitori di fronte a compiti nuovi verso i quali si sentono inesperti, tanto da richiedere indicazioni precise sui contenuti e sulle modalità di attuazione in modo da poter provvedere in modo adeguato al benessere dei figli.

E' solo un anno che ce l'abbiamo ma anche quando la chiamiamo per telefono è sempre molto disponibile, ti calma le paure, ti dice subito cosa darle, e mi dice se domani il bambino non sta meglio me lo porta (Madre, 2 figli, Torino).

Se il bambino non ha gravità ma si accorge che sono io che sono tesa mi dice di portarglielo e questa cosa mi fa piacere, è molto disponibile, il brutto di essere soli è che c'è la nonna, la sorella, la zia ma quando faccio una scelta per A. (nome del figlio) la faccio io da sola ed è difficile, io posso rischiare di sbagliare su me stessa ma non su mio figlio, è pesante questa cosa forse è l'unica cosa pesante di essere un genitore solo. Lei si rende conto che il bimbo non ha problemi ma che posso averli io per il mio stato d'animo e questo mi piace di lei (Madre single, 1 figlio, Torino).

Mi piace molto quando magari io vado là e come tutte le mamme amplifichi un po' i mali dei bambini e lei ti tranquillizza (Madre, 1 figlio, Val di Susa).

Anche ultimamente sul discorso dell'alimentazione, di non insistere, se non vuole il latte pazienza, di non darle alternative. Non mi ha dato delle soluzioni ma mi ha detto come dovevo fare (madre, 1 figlia, Torino).

La richiesta di rassicurazione sembra riguardare soprattutto le madri, in particolare quelle con un solo figlio, mentre i padri mostrano un atteggiamento meno ansioso nei confronti sia del malessere che della pratiche relative al benessere dei bambini. Una possibile chiave di interpretazione risiede nella diversa presenza nelle pratiche di cura, riferite sia alla salute che alla malattia, in cui sono coinvolti i padri secondo una divisione del lavoro familiare che vede primariamente presenti le donne. Essere meno coinvolti implica anche essere meno sottoposti alla valutazione di fallacia circa il proprio operato, la quale caratterizza l'esposizione ai saperi esperti (come il caso dei medici) tanto quanto a quelli di senso comune (come all'interno delle proprie reti parentali o amicali). A tale proposito, la minor ansia paterna sembra potersi configurare in ciò che de Singly (1996) descrive come la "disponibilità vantaggiosa" dei padri, ossia un coinvolgimento alle pratiche di cura attraverso un'organizzazione dei tempi in cui quelli riferiti al lavoro familiare non sono caratterizzati da priorità, ma da incastrare tra altri considerati ugualmente, se non più importanti.

Una caratteristica particolare della capacità di comprensione del pediatra, valutata molto positivamente da alcune madri, è quando essa si estende fino a trasformarsi in empatia con le peculiarità e le difficoltà del ruolo materno. In questo caso, si apprezza che il pediatra non metta sempre e necessariamente al centro della relazione o del suo interesse il bambino, ma ponga anche in primo piano la madre, le sue esigenze e il suo bisogno di sostegno.

Mi ascolta moltissimo sono andata da lei quando avevo appena partorito la seconda e le avevo raccontato anche cose personali le avevo detto che ero un po' depressa avevo dei problemi tanta ansia anche stati d'animo tormentanti, li sentivo tanto la pressione della prima della casa di tutto quanto, e lei mi aveva fatto tante domande mi aveva proprio ascoltato senza limiti di tempo e senza limiti di nessun genere soprattutto perché tante volte mi trovo ad andare da lei senza le bambine ed è più facile a parlare tra noi quando le bambine non ci sono non è che stanno nella sala d'attesa ed è proprio un rapporto personale mi conquista ogni volta (Madre, 2 figli, Torino).

(riferito alle difficoltà di allattamento al seno)... mi è piaciuta quando mi ha detto che è meglio una mamma felice di una che allatta (Madre, 1 figlia, Torino).

Un altro tipo di competenze, sempre all'interno di questo primo raggruppamento, valutate in modo ugualmente positivo dai genitori, riguardano quelle relazionali messe in atto nei confronti dei bambini. Le possiamo riassumere nelle caratteristiche del saper dar loro importanza, attendere e accogliere le loro paure, ascoltarli, dimostrarsi complici in modo che il genitore possa comprendere che il proprio figlio non è soltanto un corpo da curare, il portatore passivo di un sintomo da individuare, ma un soggetto con le sue difficoltà e peculiarità. Potremmo dire che è un primo passo, sebbene ancora larvale e mal espresso, nel riconoscere il bambino come un soggetto attivo cui prestare attenzione, non tanto perché ritenuto capace di poter partecipare in modo competente alla costruzione del processo di cura, ma in quanto soggetto che necessita di attenzioni relazionali specifiche.

(domanda dell'intervistatore: mi sembra di capire che sei soddisfatta di lui) Sì assolutamente, anche con i bambini, se i bambini sono contenti quando vanno dal dottore e il rapporto tra pediatra e mio figlio c'è un rapporto di complicità che è stato in grado di conquistare la sua fiducia. Io vedo che quando visita F. (nome del secondo figlio) non è che gli controlla il cuoricino gli tiene la mano lo accarezza, e questo lo ha fatto subito anche con il primo (Madre, 2 figli, Torino).

Per scrupolo sono andata dalla dottoressa, ci siamo presentate perché c'eravamo solo sentite telefonicamente, e mi ha guardato la bimba e mi ha detto è un eczema perché quando mangia si sporca tanto, e mi è piaciuta perché E. (nome della figlia) in quel momento aveva un pochino di tosse e l'ha guardata, quindi ha fatto il suo ha avuto un occhio anche per il resto, E. (nome della figlia) urlava come una pazza, guai a chi la tocca, a chi la veste, a chi la sveste, è una roba e la pediatra mi ha detto meglio che urla così sento meglio la voce. Mi è piaciuta (Madre, 1 figlia, Val di Susa).

Innanzitutto il rapporto con il bambino molto attento, molto delicato. Molti pediatri ho visto che non sono delicati. Portavo mia nipote dalla pediatra e la maneggiava come se fosse un oggetto (Madre single, 1 figlio, Torino).

Avere a che fare con lui, andare da lui con il bambino è già una soddisfazione, è bravo nel suo lavoro, sa come trattare i bambini (Padre, 2 figli, Torino)

La definizione di quale ruolo debba assumere o debba essere riconosciuto al bambino sia all'interno del triangolo relazionale medico-genitore-paziente, sia come potenziale soggetto attivo e competente nella costruzione del proprio benessere o del processo di cura è uno dei nodi tematici che accomuna saperi e pratiche mediche e saperi e pratiche genitoriali. In entrambi i casi si avverte la difficoltà ad attribuire competenza al bambino o un ruolo attivo nella relazione terapeutica; piuttosto si avverte, tanto nei genitori quanto nei pediatri, l'attenzione di cui deve essere oggetto perché portatore di bisogni specifici, bisogni il cui soddisfacimento avviene primariamente secondo pratiche e significati costruiti dal mondo adulto.

Un ultimo tema riferito a questo primo raggruppamento, per la verità espresso solo da una coppia di genitori, ma che è invece un tema ricorrente nell'analisi che riguarda quali fonti siano considerate affidabili per la costruzione dei saperi riferiti al benessere infantile, attiene a quella sorta di alleanza che si viene a creare tra pediatra e genitore, volta a contrastare saperi di senso comune espressi primariamente dai nonni, e considerati inappropriati o antiquati per poter davvero corrispondere al benessere del bambino.

Mi sono sentita molto soddisfatta quando le prime volte mia mamma ci teneva a venire con me dalla pediatra e io l'accontentavo....Mia figlia ha incominciato a camminare a 15 mesi con tutta calma. Sono andata a fare il bilancio di salute intorno all'anno, c'era anche mia mamma che è molto ansiosa e molto apprensiva e quindi era lei che portava le problematiche alla pediatra e io che so bene come la pensa la pediatra, mi sarei sotterrata. Riportava il fatto che questa nipote non camminasse ancora, dicendole che mio padre la teneva per le braccia e provava a farla camminare nonostante la bambina non dimostrasse questa necessità. Mi sono sentita molto soddisfatta perché ho detto più volte a mio padre di non fare questa cosa, che non andava bene se la bambina non si tira su è perché non è pronta e forse questa cosa e non le fa neanche tanto bene alle gambine. Quando mia madre le ha riportato questa cosa, la pediatra le ha detto le stesse cose che avevo detto io e noi non ci eravamo parlate, e mi sono sentita molto soddisfatta e l'intervento è servito (Madre, 1 figlia, Torino).

Due aspetti ci sembrano rilevanti di questa testimonianza: da una parte, l'attribuzione di maggiore autorevolezza riconosciuta al sapere esperto rispetto a quello di senso comune, esempio di quanto concorrono questi saperi nel costruire i contenuti e i processi di adeguatezza genitoriale; dall'altra il potere normativo e di regolazione dei conflitti attribuito a questi saperi, capaci di regolare in senso educativo e prescrittivo saperi e pratiche che si trasmettono per via intergenerazionale.

L'altro raggruppamento di competenze valutate positivamente dai genitori attiene in modo più specifico alla pratica medico-pediatrica. Anche in questo caso abbiamo tre sottogruppi tematici.

Il primo è più diffuso tra madri e padri con uno o più figli, e riguarda la riconosciuta capacità di diagnosi e di cura del medico.

Rispetto alla diagnosi rileviamo due modalità attraverso le quali riconoscere le capacità del medico: la prima riguarda la rapidità con cui si individua la "vera" natura del problema del bambino.

Quando C. (nome della figlia) ha preso la botta ai denti ho visto che è stato tempestivo e non ha sbagliato la diagnosi, nel senso quello che mi ha detto lui pur non avendo lastre, (Madre, 2 figli, Val di Susa).

La seconda, concerne la profondità di indagine che si esprime nel non arrestarsi all'istruttoria relativa al sintomo per cui è stato chiesto l'intervento, ma di adoperarsi sempre a una visita più completa che dimostra al genitore attenzione verso il bambino e l'esercizio di un atteggiamento precauzionale volto alla scoperta di sintomi nascosti o trascurati.

Quando si è accorta di questa cosa che aveva la bambina alla vagina. L'altro pediatra non la visitava quasi mai totalmente, invece lei la prima volta che siamo andati li ha visitati un'ora tutti e due li ha misurati, li ha pesati e ha visitato anche i genitali. Io dubito che l'altro pediatra se ne sarebbe accorto. Sono rimasta veramente colpita da questa cosa, non so quanti altri pediatri se ne sarebbero accorti e questa cosa le avrebbe portato problemi. Se questa cosa l'avessero scoperta più avanti prima di tutto bisognava intervenire chirurgicamente, avrebbe potuto avere problemi di ritenzione urinaria, problemi alla vescica. Mi sembra una persona molto scrupolosa (Madre, 2 figli, Torino).

Per quanto riguarda la cura, la valutazione è positiva quando il pediatra è in grado di individuare la cura risolutiva nel minor tempo possibile. La questione del tempo di attesa, che può essere riferito sia all'individuazione dei sintomi, sia all'efficacia della cura è una delle questioni di maggiore disaccordo tra medici e genitori, come si avrà modo di desumere anche nella parte relativa ai focus condotti con i pediatri. E' una questione che interseca al suo interno più temi, alcuni riferiti alla difficile conciliazione dei tempi tra lavoro e famiglia che la gestione di un bambino malato spesso mette in crisi, altri alle difficoltà di tenuta emotiva che può provare un genitore di fronte alla sofferenza di un figlio.

Un altro tema che rientra all'interno di questo raggruppamento e che si riferisce a un numero non molto diffuso di genitori, riguarda la capacità del pediatra di dimostrarsi negoziale con il genitore in riferimento sia alla possibilità di somministrare cure diverse da quelle allopatriche o genericamente riferite al minor uso possibile di farmaci, sia a indicazioni di puericultura considerate meno "ortodosse". Questa modalità di approccio prevede una modificazione nella comunicazione terapeutica che si struttura proprio a partire dall'apertura che il medico accorda a far entrare nell'interazione saperi considerati più "profani".

La risposta che mi ha dato quando gli ho detto dell'alimentazione di mio figlio (vegetariana come quella della madre) e mi sono detta non ho a che fare con la solita persona...essendo una cosa che non tutti vogliono capire, che non tutti vogliono affrontare. Una risposta del genere da una persona che vegetariano non è mi ha fatto capire che potevo fidarmi, nel senso che non usa solo le sue conoscenze scientifiche ma anche la testa nel senso che effettivamente è stata una risposta che non aveva niente di pediatra (Madre single, 1 figlio, Torino).

Ogni qualvolta l'abbia interpellata e lei mi abbia spiegato che oltre la medicina tradizionale si possono provare anche dei rimedi alternativi (Madre, 1 figlio, Torino).

Ne dà poche e questo è un altro elemento che mi fa dire che è un bravo pediatra. Credo che imbottire i bambini di medicinali sia sbagliato (Padre, 2 figli, Val di Susa).

L'ultimo tema riferito alla valutazione positiva attiene maggiormente alle modalità di organizzazione del lavoro, ossia gli orari, le modalità di contatto con il pediatra, la disponibilità a visitare i bambini a casa.

Precisiamo subito che la questione delle visite a domicilio rientra soprattutto nei temi di disaccordo con i pediatri e sarà trattata a breve. Sono, al contrario, molto apprezzate le soluzioni che permettono al genitore l'accesso su appuntamento, il cui gradimento non è soltanto caratterizzato dal superamento dei tempi di attesa, ma anche dall'attenzione mostrata dal medico nell'evitare che il bambino sia esposto ad attese in ambienti fonti di germi e possibili infezioni.

Gli ultimi due elementi di soddisfazione riferiti a questo tema riguardano la flessibilità dell'orario di visita, che le madri percepiscono come un segnale di attenzione verso le loro difficoltà di conciliazione dei tempi di vita familiare e lavorativi e la possibilità di contattare telefonicamente il pediatra nei casi di urgenza senza doversi necessariamente attenere a rigide tabelle orarie.

### 3.2.2 Disaccordi e valutazioni negative

Il primo dato che possiamo riscontrare è quanto siano più diffusi i motivi di soddisfazione del proprio medico-pediatra rispetto ai disaccordi o le eventuali insoddisfazioni.

I temi legati alle valutazioni negative sono sostanzialmente gli stessi di quelle positive e acquisiscono un segno negativo quando sono disattese o quando il genitore non si sente pienamente accolto e ascoltato.

Ripercorrendo i temi precedenti, la questione del bisogno di rassicurazione e di sentirsi accolti è qui espresso in modo negativo quasi esclusivamente dai genitori con un solo figlio, a testimonianza sia della necessità di un maggiore orientamento alla genitorialità la cui legittimità è conferita principalmente ai saperi esperti, sia dell'avvenuta sedimentazione dell'esperienza grazie alla nascita dei secondi o terzi figli soprattutto per quel che riguarda gli aspetti più legati alla puericultura, sia quelli relativi alla cura degli stati di malessere.

Siamo rimati delusi per l'a.b.c. del bambino quando si diventa genitori un conto è leggere e un conto è avere il bambino lì pensavamo di avere più istruzioni si fa così.... (Padre, 1 figlio, Torino).

Non numerose sono anche le valutazioni negative rispetto alla scarsa capacità relazionale nei confronti dei bambini o dei genitori. In qualche caso, questa mancanza di empatia comunicativa soprattutto verso i piccoli pazienti ha generato la scelta di cambiare pediatra. Ciò testimonia come i genitori si attendano dal medico non solo e tanto una prestazione professionale, ma anche una relazione attuata con professionalità e attenzione verso tutti i soggetti coinvolti.

Quello che io ho notato le volte che sono andata io a volte la superficialità di interazione con le persone, era abbastanza fredda non volevi la confidenza ma era uno scambio molto distaccato, breve, alcune volte anche con lui. Mentre questa nuova pediatra arrivi con il bambino con la febbre lo fa passare prima, oppure c'è la loro cameretta dove dice metteteli qua per una sospetta infezione (Padre, 2 figli, Val di Susa).

In generale, abbiamo comunque osservato come i principali disaccordi o valutazioni negative riguardino primariamente l'ambito medico-pediatrico, ossia tutti quegli aspetti collegati alla capacità di diagnosi, alla prescrizione efficace di una cura fino all'organizzazione del tempo-lavoro inerente l'orario di visita, soprattutto le visite a domicilio.

Tra di essi, più frequenti nell'opinione di madri e padri sia di Torino che della Val di Susa sono quelli riferiti alle prescrizioni relative alla cura e alla poca disponibilità mostrata verso le visite a domicilio.

L'ultima volta, non l'ho detto, quando non gli ha dato subito l'antibiotico, lui ho continuato con questa febbre, glielo ha dato dopo, a quest'ora sarebbe guarito. Ma giustamente lei non è che può dare medicine così. E' una cosa che ho pensato ma non ho detto niente (Madre, 1 figlio, Torino).

Forse quando è stato ricoverato che mi aveva detto di aspettare per l'antibiotico forse se me lo avesse dato quando l'avevo chiamata forse potevo evitare di portarlo ma non è stata una cosa gravissima non ne faccio una colpa, mi trovo sempre bene (Madre, 2 figli, Val di Susa).

Rispetto a questo primo tema, ciò che appare interessante nelle narrazioni di questi genitori è il grado di comprensione che sembrano mostrare nei confronti dei medici. Potremmo definirla una sorta di capacità riflessiva sul proprio agire e sulle richieste che pongono ai medici, all'interno delle quali è possibile ogni tanto scorgere la consapevolezza di quanto la richiesta possa essere eccessiva o da realizzarsi in tempi ritenuti impossibili.

Alcune volte mi sarei aspettata un consiglio, un parere più esaustivo su qualcosa perché una mamma va dal pediatra e pensa che loro abbiano una risposta a tutto, noi sappiamo che sono persone anche loro, che sbagliano; ma una mamma ha bisogno vuole sapere tutto, vuole diventare medico con le informazioni che ci danno loro. Alcune volte è capitato che anche lui non sapesse dove andare a parare (Madre single, 1 figlio, Torino).

Per la parte invece di diagnosi, secondo me, lì è un po'... fa un po' acqua e questo non so se dipenda appunto dalla mia o in generale dai pediatri perché il bimbo non sa esprimersi, me ne rendo conto, però mi sembra sempre che le visite siano sempre un po' superficiali (Madre single, 1 figlio, Torino).

Le strategie di uscita da situazioni di disaccordo considerate gravi o comunque poco attente alla salute del bambino prevedono sempre due sole modalità: cambiare medico, scegliendone un altro di base, oppure affiancargli un pediatra privato, senza mai affrontare quindi direttamente l'oggetto del disaccordo. Tratarlo in modo diretto prevederebbe infatti che il genitore percepisse di essere all'interno di un campo relazionale in cui, nonostante non sia messa in discussione l'asimmetria di competenze e di saperi, sia comunque riconosciuta a entrambe le parti la possibilità di negoziare. Ciò che si avverte, invece, dall'analisi di queste testimonianze è quanto sia complessa questa negoziazione soprattutto nei casi di conflitto, anche in virtù del fatto che la relazione tra medico e genitore si nutre di aspetti emotivi generati dall'atto di fiducia che struttura la possibilità di delegare il proprio figlio, come ben illustra la testimonianza di questa madre.

In questi due casi dove il bambino aveva di problemi più seri che poi non è che stesse malissimo però il bambino era pieno di catarro e lì non se ne era accorta ma magari quando lei l'ha visitato non era ancora così io non posso dirlo, in quei due casi non mi sono sentita protetta.

(domanda intervistatore: ne avete parlato?) Non tantissimo, era come se l'avessi tradita però è questa la sensazione non è stato proprio un tradimento, io prima sono andata da lei ho ascoltato quello che mi ha consigliato lei poi quando ho visto che non c'erano risultati sono andata dall'altro che effettivamente mi ha trovato la soluzione se io fossi andata da lei a dire hai sbagliato mi sembrava un po' brutto non una mancanza di rispetto, sa mi sono messa nei suoi panni, non era successo niente di grave, non me lo hanno ricoverato (Madre, 1 figlio, Val di Susa).

Fa da contrastare a questa posizione, quella di alcuni padri che sottopongono invece a giudizio la mancanza di verifica o di riflessività che i pediatri, così come i medici in generale, mostrano nei confronti del loro operato e del loro sapere. In questa testimonianza emerge il tentativo di rinegoziare il potere forte di prescrizione e giudizio che incorporano i saperi esperti mettendone in luce limiti e fallibilità.

Ascoltare di più quello che io le posso dire, secondo me pur capendo che è difficile da fare una diagnosi, un bambino che non parla, proverei a preoccuparmi se la soluzione che io ho dato ai genitori "n" ore dopo è efficace o meno, mi preoccuperei di verificare se la mia diagnosi è corretta. Io sono ingegnere se progetto un pezzo prima di metterlo in vendita lo provo, lo testo, quando ho deciso che funziona lo posso vendere alla persona. Un dottore deve avere il ritorno delle proprie diagnosi, se no non sa che cosa fa. Io non credo che si possa fare una diagnosi e non si possa verificare se quello che io ho detto è giusto perché ciascuno di noi deve imparare sia dai propri errori che dalle cose giuste. Io vorrei avere il riscontro che quello che ho dato come soluzione è stata efficace (Padre, 1 figlio, Torino).

Per quanto riguarda invece la poca disponibilità alle visite a domicilio o la difficoltà a contattare i medici al telefono per le situazioni considerate urgenti, i genitori nuovamente presentano una doppia dinamica in cui, a fronte del riconoscimento delle difficoltà in cui possono trovarsi i pediatri

a causa di genitori troppo ansiosi o a causa dell'elevato numero di pazienti cui devono provvedere, essi si aspettano capacità di deroga in modo da veder accolte in parte queste richieste. E' una dinamica che chiede al medico reciprocità, nella negoziazione della relazione.

Il nostro pediatra spinge tantissimo a non portare lì il bambino e quello che noi non ci troviamo tanto bene, lui non parla, può richiamare solo dopo tutte le visite, che se il bambino sta male alla mattina il pediatra non c'è inizia lo studio alle 2 del pomeriggio, quando fa le visite lascia la segretaria che con tutto il rispetto ma non è un medico, può sapere tutto perché magari ha un'esperienza decennale ma non c'è lei (Madre, 1 figlio, Torino).

Io per le cose urgenti l'ho chiamato solo 2 volte e lui mi ha fatto una scenata dicendomi che lo devo chiamare tra le 9 e le 10, si però io ho un'emergenza, lo capisco che lei ha tanti pazienti però se ho un'emergenza, se ha anche un'altra fascia oraria da chiamare, che non sia solo 9-10 ma anche dalle 2 alle 3 del pomeriggio perché magari il bambino si ammala a metà mattina e cosa stai ad aspettare un giorno intero per prendere l'appuntamento, gli ho detto se c'era un altro momento della giornata che non lo disturbavo, queste cose con un medico privato non mi succedono (Madre, 2 figli, Torino)

### *3.3 Il dover essere: i consigli ai pediatri*

In quest'ultima parte riportiamo la ricchezza di consigli che i genitori forniscono ai pediatri allo scopo di migliorare, secondo il loro punto di vista, la relazione e la prestazione medica. Inoltre, analizzare il dover essere pediatrico è un modo ulteriore per approfondire la consistenza e i significati relativi alla genitorialità adeguata.

Abbiamo raggruppato le opinioni in 5 macro-categorie che riportiamo secondo un ordine decrescente, specificando per ognuna le eventuali differenze di genere o di luogo di residenza.

#### Il sapere esperto come guida, ovvero il pediatra educatore

Rappresenta il consiglio che più frequentemente è stato espresso da madri e padri, soprattutto dai neogenitori e in prevalenza residenti a Torino. Esemplifica quello che abbiamo già trattato nelle parti precedenti, ossia il ruolo di guida che viene attribuito ai pediatri, in quanto depositari di un sapere esperto, capace quindi di orientare la condotta genitoriale verso un profilo di adeguatezza che non concerne soltanto le pratiche di cura e la guarigione ma anche quelle di puericultura destinate al mantenimento e alla promozione del benessere infantile.

Immedesimarsi un po', togliersi dal manuale e cercare di capire immedesimarsi nelle difficoltà in cui si trovano i genitori magari di un primo figlio con l'inesperienza forse anche il genitore che chiede che non è che sia noioso ma magari ci sono delle insicurezze, cercare di capire quando è il caso di dare delle spiegazioni più dettagliate nella pratica più quotidiana che il pediatra non è solo pediatra quando il bambino sta male ma una figura che deve aiutare il genitore in diverse situazioni non solo nella malattia ma anche con le difficoltà o dubbi di altro tipo, legate all'alimentazione (Madre, 1 figlio, Torino).

Nei bilanci di salute parto dal presupposto che se non mi dice niente va tutto bene però magari io leggo tante domande lì e vedo che lei mette le crocette, per cui mentre guarda la bambina ha già visto se reagisce, questo, quello, quell'altro, ma 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 quello che deve fare però tante volte mi rendo conto che non so neanche che cos'è quello che dovrebbe fare (Madre, 2 figli, Torino).

..ascoltare le paure che i genitori possono portare magari a volte anche ingiustificate ma di cercare di capirli e poi di consigliare ai genitori di magari di far tenere un certo stile di vita, potrebbe essere un consiglio di fare sport, una corretta alimentazione dei bambini aiuta a non prendere malattie gravi (Padre, 2 figli, Val di Susa).

La prima cosa che mi viene da dire è di trovare il modo e il tempo di stare più vicino alle mamme al primo figlio perché ti senti un po' abbandonato, forse non è il ruolo del pediatra, ma anche il pediatra. Il mio è uno che ti dedica molto tempo nelle prime visite, ti dà molti consigli, ti dà delle dispense con consigli.....cercare di anticipare delle cose, che cosa ti devi aspettare dal bambino o cosa non ti devi aspettare, cose che esulano un po' dalla sfera del pediatra. Non so perché tutti si aspettano che tu sappia fare tutto (Madre, 1 figlio, Val di Susa).

Queste testimonianze suggeriscono oltre al contenuto del compito, cui sono chiamati i medici, anche le modalità relazionali con cui attuarlo, ponendo in evidenza come l'aspetto relazionale sia centrale nella costruzione del rapporto medico-genitore e come esso investa conoscenze che si estendono al più ampio contesto di vita dei bambini.

Mi sentirei di dire a un pediatra educate di più i genitori che ad ogni "bu" non c'è bisogno dello specialista; (ma anche) potenzierei più i pediatri a visitare di più i genitori, a farli a parlare... direi ai pediatri richiedete la presenza di tutti e due i genitori e forzate la mano perché qualche donna c'è che non è mamma ma nel mondo maschile siamo in molti a non essere dei papà (Padre, 2 figli, Val di Susa).

Il pediatra deve essere un pochino psicologo, deve conoscere la situazione della famiglia se no non può dare né consigli né giudizi. Il nostro pediatra ha sempre saputo tutto noi, non abbiamo mai tenuto le cose celate, dovrebbe essere a conoscenza della condizione familiare, il tipo di famiglia, dove vive, in che modo (Padre, 2 figli Val di Susa).

Non si parla mai del rapporto con i figli, del comportamento dei genitori, si parla solo del problema che ha il bambino in quel momento, poi magari ci sono altre casistiche che io non ho vissuto con altre problematiche. In una delle fasi che il bambino cresce, visto che ci sono i bilanci di salute, magari inserire un colloquio con i genitori, una sorta di intervista, come lei ci sta facendo adesso, sul rapporto che abbiamo noi con i figli, su come si comportano con noi, perché a volte uno cerca di sapere determinate cose, se è giusto che i bambini si comportino in una certa maniera, se fanno i capricci per determinate cose, non hai delle risposte in realtà. (Madre, 1 figlio, Val di Susa).

In questa richiesta di ascolto traspare un significato differente che non può essere semplicemente esaurito nella richiesta di rassicurazione. In un certo senso, questi genitori stanno affermando che ascoltare significa conoscere e confrontarsi con altri saperi, quelli appunto di senso comune, che possono creare fissazioni, paure non giustificate, ma che costituiscono anche quell'insieme di pratiche e conoscenze che permettono a madri e padri di individuare, adattare, trasformare le cure quotidiane grazie alla relazione con i figli e con i vincoli e le risorse del proprio contesto di vita. A tale proposito una madre ricorda ai pediatri che...

A volte noi genitori ci accorgiamo di cose che un altro non vede.... (Madre, 2 figli, Torino).

#### Visite a domicilio e organizzazione dell'orario

La difficoltà nel visitare a casa i bambini genera nei genitori molte perplessità che si concentrano intorno ad alcune riflessioni. In modo equamente distribuito i genitori sono consapevoli che le resistenze da parte dei pediatri sono motivate da due ordini di ragioni: la prima riguarda la scarsa capacità che i pediatri attribuiscono ai genitori nel sapere riconoscere un sintomo grave da uno più blando e, collegato a questo, la difficoltà di far tesoro dell'esperienza pregressa; la seconda, concerne l'alto numero di pazienti che non permette loro di poterli seguire a domicilio. I genitori non chiedono *tout court* di aumentare le visite a casa, piuttosto pongono ai pediatri alcune domande: attraverso quali criteri un genitore può capire e spiegare al pediatra la gravità di un sintomo?

Quando non hanno l'orario di ambulatorio potrebbero venire. Loro dicono che vengono solo in casi gravi. Ma quali sono i casi gravi? Un bambino con la febbre a 40 per me è un caso grave non da portare il bambino in ambulatorio. Credo che verranno solo per le malattie infettive. Non lo so (Madre, 1 figlio, Torino).

Per quale ragione devono essere i bambini a pagare i costi di una non sempre efficiente organizzazione del sistema sanitario? In altri termini, perché i bambini, nella percezione di questi genitori, devono essere sottoposti ad uscite con febbre alta, oppure a ritrovarsi deboli e ammalati in luoghi fonte di contagio, come le sale d'aspetto del pediatra?

Nel primo caso i genitori rivolgono ai pediatri una richiesta di aiuto nella condivisione di responsabilità o nel fornir loro degli strumenti più precisi grazie ai quali imparare ad essere genitori adeguati. Nel secondo, entrano più nel merito dell'organizzazione del lavoro, mettendo in evidenza un aspetto che richiama la centralità del bambino all'interno della relazione terapeutica, come vedremo a breve.



L'altro tema trattato riguarda una maggiore e più precisa organizzazione degli orari di visita e della reperibilità, che può anche configurarsi come richiesta di una maggiore reperibilità telefonica a fronte della scarsa disponibilità nel compiere visite a domicilio.

### Il bambino al centro della relazione medico-genitore

Sono richiamati qui i temi della capacità relazionale che ci si attende da un medico che deve interagire con un paziente così particolare. La capacità relazionale non si esaurisce solo nella comunicazione diretta con il bambino, ma anche nella predisposizione di un ambiente atto ad accoglierlo.

Per quanto riguarda i piccoli in particolare che non si dimentichino mai che sono bimbi, quindi magari se riuscissero anche a pensare in termini di contesto, di studio, di ambientazione e del mettere i bimbi a loro agio (Madre, 1 figlio, Val di Susa).

Quando è mancato il nostro pediatra si sono succeduti due o tre pediatri prima che noi scegliessimo la nostra. Erano tutti molto bravi ma un po' freddi come persone. Il pediatra siccome si occupa di bambini deve essere umanamente coinvolto con il bambino (Madre, 2 figli, Torino)

### Curare attraverso relazioni chiare e approfondite

Sotto questa etichetta abbiamo riassunto le due tipologie di consiglio che i genitori esprimono nei confronti dell'ambito riferito alle diagnosi e alla somministrazione della cura. Nuovamente, i genitori pongono soprattutto l'accento sulle modalità attraverso le quali si costruisce la relazione con il medico. Mettono in evidenza la consapevolezza di essere all'interno di una relazione asimmetrica, da cui essi dipendono non solo per comprendere ciò di cui soffre il loro bambino, ma anche per imparare a farvi fronte in modo autonomo. Richiedono ai pediatri di essere a loro volta consapevoli di questa asimmetria e di saper graduare il loro intervento in relazione a chi hanno di fronte.

Secondo me fa sempre parte delle relazioni tra un professionista e un profano, l'importanza è di avvicinarsi al modo di esprimersi al livello di cognizione possibile del genitore, mentre spesso il medico si fa anche un po' trionfo della terminologia specifica e tecnica che è in grado di utilizzare e che deve utilizzare per il lavoro che svolge, ma a me interessa capire che cos'ha la mia bambina non il termine tecnico, il nome latino di una malattia. Per cui, proprio in termini di relazione, secondo me diventa fondamentale – in tutti quegli ambiti, ma in particolare quando si parla di figli - che il medico abbia l'umiltà e la professionalità di avvicinarsi a me che fruisco del servizio, perché io poi posso capire di più, capire di meno, ma lui deve arrivare lì abbastanza vicino perché io lo possa capire, mentre a volte c'è il rischio che il medico stia abbastanza distante per .. sul suo trionfo in quel momento e mantenga un certo tipo di distanza perché lui è il medico e tu sei un paziente, comunque sei il genitore di un paziente (Padre, 1 figlia, Val di Susa).

Poi non so se sia una questione solo della mia pediatra o in generale un po' più di calma e di chiarezza nello spiegare come affrontare le cose, dagli lo sciroppo io ero abituata con il mio medico di famiglia che mi scrive 8-12-24 tre gocce e mi lascia il mio bel fogliettino per cui io vado a casa nella visita si parla di tante cose e magari c'è il bimbo che urla, a me è già capitato di richiamare dicendo l'ho comperato ma non so come devo darlo, per cui più chiarezza e più calma in questi aspetti (Madre, 2 figli, Torino).

Dall'analisi dei molti elementi che caratterizzano la relazione con il pediatra, sia nella concretizzazione dell'esperienza quotidiana, sia nella dimensione del suo dover essere, ci sembra di poter individuare due elementi ricorrenti che caratterizzano l'esperienza e le opinioni di questi genitori. Innanzitutto, il prevalere di una richiesta di tipo educativo e non semplicemente diagnostico-curativo nei confronti del pediatra. L'ambito di prestazione in cui sono collocati i pediatri riguarda in egual misura quello della cura come quello della puericoltura. Le testimonianze raccolte ci confermano, inoltre, quanto il sapere medico goda di legittimità nell'orientare le competenze e la costruzione dell'adeguatezza genitoriale.

Tuttavia, all'interno di questo sapere legittimato e riconosciuto, i genitori cercano in modo più o meno esplicito di individuare un proprio spazio di ascolto e di negoziazione mostrando la necessità di una pratica di co-costruzione delle competenze riferite sia al benessere che alla salute del

bambino.

#### 4. La costruzione della genitorialità adeguata: il punto di vista dei pediatri

Come è stato rilevato in precedenza, il punto di vista dei medici pediatri risulta essere di primaria importanza per comprendere in modo maggiormente approfondito i criteri oggi dominanti per definire la genitorialità adeguata. Essi, infatti, sono portatori di un sapere professionale altamente legittimato nelle attuali società occidentali che, in quanto tale, contribuisce a costruire - attraverso l'indicazione di pratiche quotidiane "corrette" e "scientificamente fondate", di valori, di norme, di modelli di comportamento - i criteri per l'adeguatezza genitoriale attualmente diffusi e accolti; inoltre, i medici pediatri sono artefici di un vero e proprio ruolo educativo rispetto ai genitori, tanto più pervasivo, quanto più risulta essere rilevante il rapporto che essi riescono a instaurare con i genitori dei loro piccoli pazienti.

Nel presente lavoro, l'opinione di alcuni pediatri in merito a questi temi è stata rilevata per mezzo della realizzazione di tre *focus group*, con i quali si è inteso principalmente indagare la percezione che essi hanno, in quanto portatori di sapere esperto, di essere attori importanti nella costruzione sociale del concetto di genitorialità adeguata. Con i *focus* si è inteso raccogliere informazioni in relazione a quali pratiche e significati vengano maggiormente utilizzati per concorrere a questa costruzione, da analizzare attraverso i temi che riguardano la promozione della salute e il trattamento degli stati di malattia del bambino.

I temi emersi nel corso della realizzazione dei *focus* sono stati analizzati in due macro-aree: la prima riguarda le rappresentazioni e i criteri, espressi dai pediatri, che riconducono alle rappresentazioni dell'adeguatezza e dell'inadeguatezza genitoriale; la seconda riguarda il ruolo del pediatra nella costruzione sociale della genitorialità adeguata nel rapporto diretto con i genitori.

##### 4.1 Genitori "adeguati", genitori "inadeguati"

###### 4.1.1 L'adeguatezza genitoriale

Quale immagine di genitorialità adeguata emerge, dunque, dalle opinioni espresse dai pediatri? Ricordiamo che, pur essendo tali opinioni espresse nel corso di *focus*, esse possono presentarsi sia come maggioritarie, sia come sostanzialmente non condivise; la non condivisione può essere stata espressa con aperto dissenso, e in questi casi è stata rilevata dai ricercatori, oppure con dissenso tacito, nel qual caso i ricercatori non vi hanno avuto accesso.

Il primo nucleo di argomentazioni che riguardano la genitorialità adeguata fa riferimento alla capacità dei genitori di "assumersi le proprie responsabilità" soprattutto in ambito sanitario ed educativo.

Per quanto riguarda gli aspetti della salute, la capacità generalmente intesa "di assumersi le proprie responsabilità" viene declinata dai medici partecipanti ai *focus* soprattutto con l'indicazione di tre capacità specifiche: saper mettere in pratica alcune competenze di base riguardanti il benessere e gli stati di malattia dei figli; saper organizzare i propri tempi di vita e di lavoro in ragione delle necessità di benessere e di salute dei figli; saper evolvere nei compiti genitoriali sulla base di un rapporto di carattere educativo con il pediatra e con le fonti accreditate di informazione scientifica, e, ancora, per mezzo dell'esperienza personale precedentemente avallata dal medico o dal sapere scientifico attinto da altre fonti accreditate.

Per quanto riguarda la prima capacità, riferita alle competenze di base, gli indicatori maggiormente richiamati nel corso dei *focus* riguardano, in modo particolare, vari aspetti delle scansioni temporali attraverso cui si distribuiscono molte pratiche di vita quotidiana legate sia al mantenimento del benessere, sia alla malattia e alla guarigione. E' un genitore adeguato colui che sa graduare la gravità dei sintomi secondo congrui tempi di osservazione, che sa attendere prima di richiedere l'intervento di un sapere esperto, che sa rispettare i ritmi di vita e di guarigione del bambino. Inoltre, al di là dei riferimenti al *timing* sanitario, è genitore adeguato colui che sa applicare

correttamente la cura, ossia che segue ciò che il pediatra ha consigliato, che sa rilevare gli indicatori di guarigione sulla base del consiglio medico così come della propria esperienza.

Secondo me è un problema di farsi carico della propria responsabilità nella gestione del figlio sotto qualunque aspetto dal compito, fino al fatto di dire «ha febbre gli ho dato la tachipirina è scesa un po' la febbre salta, balla corre, gioca, non ha vomitato, non ha diarrea, è tranquillo mi prendo la responsabilità di aspettare e di vedere fino a domani mattina che cosa succede». Non è solo l'attesa, ma il modo di scaricare la responsabilità che loro hanno, non di gestire il sintomo ma di capire come sta il figlio, che è la stessa responsabilità che ha la mamma che ti dice «piange sempre lo attacco al seno ogni 5 minuti». Signora ma il bambino piange perché ha caldo, freddo, sonno, troppo rumore, troppa luce, non solo perché ha fame. La difficoltà di riprendersi carico di capire dove è il problema, perché se però capissero che il problema di un bambino che ha 39 di febbre dopo che ha preso la tachipirina è lì che salta, gioca, si guarda la tv, probabilmente il problema non è così grosso, si può rimandare e vedere che cosa succede, ma quello significa non prendersi la responsabilità di rinviare (Pediatra donna, Torino).

Il messaggio deve essere alcune cose si devono sopportare, passeranno nel loro tempo, di queste cose non ci si deve preoccupare, di queste altre invece sì. Una ricetta per un mucolitico è anche diseducativo nei confronti dei genitori oltre ad essere inutile nei confronti del paziente, non è che ogni volta che il bambino tossisce la madre deve entrare in agitazione, può chiedere il parere del medico, deve chiedere il parere del medico ma deve anche accettare di sentirsi rispondere in modo giusto e opportuno che non è un problema. (Pediatra donna, Torino).

Per quanto riguarda la seconda capacità, è genitore adeguato chi sa anteporre le necessità del figlio alle contingenze di conciliazione dei tempi di lavoro e della famiglia, sia le necessità riguardanti i ritmi di vita quotidiana, dell'alimentazione, del sonno dei bambini, sia i tempi e le modalità richiesti dalla malattia e dalle cure, senza scordare le esigenze psicologico-relazionali, a cui i pediatri fanno spesso riferimento.

[...] le mamme vengono sempre un po' arrabbiate perché quella dell'asilo nido le ha telefonato preoccupatissima, «in fin dei conti aveva poco ha vomitato una volta a casa»; «ma ha avuto solo una scarica di diarrea»; «ha 37.8», e se la prendono con le insegnate che le hanno chiamate al lavoro per una cosa che era niente. E allora per me la svalutazione c'è sul fatto che appena il bambino ha qualcosa lo voglio mandare via. Pare che l'insegnate ti fa percepire che il bambino ha bisogno di te e la donna di oggi che lavora, che non ha sostegni, che non sa dove piazzare il bambino e ti dice «ma poteva tenerlo ancora due ore fino alla chiusura della scuola». Una volta avrebbe detto che la maestra era brava, che partecipa ai problemi del figlio, al giorno di oggi ragionano assolutamente al contrario perché non sanno dove piazzarli. (Pediatra donna, Val di Susa).

(riferito al sonno) Basterebbe non aver paura, lasciarlo stare e magari si riaddormenta da solo. Bisogna programmare anche il sonno. Sono troppo programmati adesso i bambini perché per le esigenze che hanno devono andare a dormire a una certa ora devono svegliarsi a una certa ora proprio per problemi di scolarità, di lavoro, il tempo è troppo scandito. Magari al pomeriggio dormirebbero però li vai a svegliare perché devi portarli di qui devi portarli di là, questi bambini hanno un sonno variabile che quasi mai corrisponde alla loro esigenza di dormire. (Pediatra donna, Torino).

Infine, per quanto riguarda il terzo aspetto, è ritenuto genitore adeguato colui che è disposto a un ascolto attento del medico e delle informazioni specialistiche, base per una vera *compliance*.

#### 4.1.2 L'inadeguatezza genitoriale

A contrario, incontriamo le rappresentazioni che danno forma all'inadeguatezza genitoriale. Anch'esse largamente rimandano ai criteri che si riferiscono alla responsabilità genitoriale citati poc'anzi.

Per quanto riguarda l'ambito sanitario, è ritenuto genitore inadeguato colui che non sa attendere, che fa intervenire il pediatra per banalità, che chiede molteplici interventi in assenza di patologie di rilievo; che pone "richieste anticipate" perché in preda all'ansia o per predisporre al meglio i tempi familiari, come si evince dallo scambio tra questi due pediatri (un uomo e una donna di Torino).

(uomo): La situazione classica è quella del venerdì che arrivano dicendoti se è un po' malato ci sta ma siccome non ha niente e ti dicono siccome a scuola gira la gastroenterite ed è venerdì, mi vesto un attimo da Mago Merlino e vedo.

(donna): Categoria della richiesta anticipata: escono da scuola e passano direttamente prima di andare a casa.

O, ancora, è considerato genitore inadeguato colui che non sa attendere i tempi di guarigione, antepoendo le contingenze della conciliazione dei tempi famiglia/lavoro ai bisogni dei figli; che non è costante e puntuale nell'applicazione della cura,

Poi c'è anche il problema che siamo gli unici medici che non abbiamo la sicurezza che il nostro paziente venga trattato come noi vogliamo ed è una delle cose per me più serie perché se tu fai una diagnosi, dai un consiglio, dai una terapia, te la fanno? Gliel'hanno data bene, gliel'hanno data male? Oppure quando arrivano a casa guardano la luna, guardano i vicini di casa, internet e decidono che tu non hai capito niente? (Pediatra donna, Torino).

Infine, che è informato troppo e male, proponendo egli stesso diagnosi e cure; che mescola rimedi di vario tipo, secondo quando reperito per mezzo di libri, di internet, di reti amicali, parentali, di vicinato; che chiede farmaci, anche inutili.

A noi dà abbastanza fastidio questa cosa: «Dottore mi dà l'antibiotico perché il bambino ha questa cosa che ho letto su internet». A noi dà molto fastidio perché siamo un po' gelosi (Pediatra uomo, Val di Susa).

Per quanto riguarda, più in generale, la vita quotidiana dei bambini, è ritenuto genitore inadeguato colui che tende a delegare la risoluzione di questioni di senso comune al pediatra, all'insegnante, allo psicologo o ad altre figure portatrici di saperi esperti.

Ormai c'è proprio uno scollegamento tra i neuroni della gente e il loro corpo, non mettono più in atto il pensiero, delegano tutto a qualcuno che ci deve pensare e nel caso nostro anche le cose improprie. Una signora che mi ha fatto molto arrabbiare un mese fa mi ha telefonato, con un bambino di 6 anni senza nessunissimo problema, né allergici o altro, mi ha telefonato perché voleva un consiglio da me su che materasso doveva prendere per il letto del bambino. «Prenda il materasso che vuole e lo decida con suo marito, ma mi sembra che non debba fare una domanda così al pediatra», «Ma a chi la devo fare?», «A nessuno ci deve pensare lei e suo marito a una cosa del genere». (Pediatra uomo, Val di Susa).

E' interessante osservare che nel corso dei *focus* è stata rilevato soltanto una volta come indicatore di genitorialità inadeguata la trascuratezza. E' presente, quindi, in senso rilevante l'*overcaring*. Dalla polarizzazione di queste due rappresentazioni riferite alla costruzione della genitorialità adeguata e inadeguata emergono alcuni temi che permettono di comprendere contenuti, processi, tensioni che contribuiscono alla co-costruzione di tali criteri e i differenti riconoscimenti e legittimazioni che in tale processo acquisiscono i saperi esperti e i saperi di senso comune. In particolare, si rileva che i pediatri partecipanti ai *focus* propongono una visione della genitorialità fortemente "maternocentrica". Sebbene riconoscano un mutamento nella genitorialità contemporanea che si caratterizza per un maggiore coinvolgimento emotivo del padre nella vita dei figli e un incremento della presenza paterna, attribuiscono e considerano adeguata una paternità che si caratterizza per un ruolo sussidiario di solidarietà e sostegno emotivo nei confronti della maternità considerata, in generale, "naturalmente" appropriata a svolgere le funzioni di cura e di crescita del bambino.

(Alla domanda che cosa vuol dire essere capaci a fare il papà?) A stare vicino alla moglie a rassicurarla a darle coraggio nel senso che se il bambino è ammalato e la mamma è preoccupata il papà dice ma no dai passa, diciamo che qualche papà così c'è ancora (Pediatra donna, Val di Susa).

Non è detto che i genitori più informati siano i migliori. Io trovo che il massimo del papà è quello che sta lì muto e da piena fiducia alla moglie, sostenendola. (Pediatra donna, Val di Susa).

Si osserva che, a fronte di questo aspetto di opinione rilevato presso i pediatri, tutti gli studi riguardanti i bilanci-tempo della famiglie confermano che le madri mantengono, nonostante alcuni

piccoli mutamenti, un ruolo assolutamente preponderante nella cura dei figli, sia bambini, sia ragazzi e adulti.

In modo conseguente a questa visione maternocentrica, visione che si estende al ruolo riconosciuto alle nonne, anche il bambino come soggetto in sé ha un ruolo satellitare rispetto alla relazione primaria tra medico e madre. Il bambino è, infatti, primariamente riconosciuto come “corpo” sano da crescere o malato da curare, ma non pare essere ritenuto soggetto attivo e partecipe alla costruzione del processo di cura anche quando l’età lo consentirebbe. Fa eccezione l’opinione di una pediatra, che chiama in causa l’importanza della comunicazione diretta con il bambino.

Parlare con il bambino per me è fondamentale, parlare tanto con il bambino.... Se riesci ad arginare l’accompagnatore e riesci a parlare con il bambino ottieni molto (Pediatra donna, Torino):

Il bambino viene dunque inteso come bene in sé, ma non è tematizzato come parte della comunicazione e si rileva la scarsa presenza nelle interviste di riferimenti all’abitudine al dialogo diretto con i bambini. Quando è stato fatto specifico riferimento alla questione da parte della conduttrice dei *focus*, l’origine di tale mancanza è stata individuata in un eccesso di mediazione e di intromissione nella comunicazione tra pediatra e bambino da parte delle madri.

## 4.2 Genitorialità adeguata e negoziazione terapeutica

### 4.2.1 Sapere esperto in campo pediatrico e saperi di senso comune

Dalle opinioni raccolte è stato possibile rintracciare uno dei nodi centrali nella costruzione dell’adeguatezza genitoriale e, in particolare, del diverso contributo che giocano i saperi esperti e i saperi di senso comune alla sua definizione, a partire proprio dal persistente coinvolgimento del pediatra e dalla delega che i genitori attribuiscono ai medici per la risoluzione delle questioni di senso comune, altrimenti definibili come pratiche di puericultura e di semplici prestazioni di cura quotidiana nel caso di malattia. Considerando la diversa legittimità riconosciuta a questi saperi, è possibile comprendere secondo quali modalità si radichino aspettative di adeguatezza e di competenza genitoriale differenti e in molti casi opposte tra medici e genitori.

Analizzando le testimonianze raccolte, appare evidente che la sovralegittimazione di cui godono i saperi esperti nella costruzione della genitorialità, se da una parte si ritiene abbia prodotto un aumento di informazioni e conoscenze nei genitori, rendendoli apparentemente più esperti e capaci, dall’altra si pensa abbia generato un indebolimento nella tenuta e nella legittimità di cui godono i saperi di senso comune, soprattutto quelli trasmessi per via generazionale. Tale indebolimento, si potrebbe aggiungere a commento, agisce a detrimento dell’autostima che i genitori dovrebbero avere circa le proprie capacità di saper riconoscere e adattare ciò che è meglio per il bambino nelle trasformazioni che caratterizzano il percorso di crescita.

La maggiore legittimità di cui gode il sapere esperto di tipo medico si basa su alcune sue caratteristiche fondative: è verificabile, è adattabile e mutevole, è universalista e relativizzabile (Good, 1996) in sé proiettato verso il futuro, per cui sempre valido nel presente, ma non stabile. Tali caratteristiche appaiono profondamente diverse da quelle presenti nei saperi di senso comune provenienti dalla “tradizione” i quali, avendo il proprio volto rivolto al passato, paiono essere percepiti come sempre meno adatti a dare risposte al percorso di crescita alle esigenze della cura del bambino. Un bambino, peraltro, ormai pienamente inserito all’interno di un paradigma interpretativo di tipo bio-medico che gli riconosce lo statuto di soggetto e di bene in sé, da proteggere e da curare.

Dalle opinioni raccolte emerge, inoltre, l’esistenza di un territorio di intersezione in cui si collocano i saperi di senso comune composti a partire da informazioni scientifiche o pseudo-scientifiche rintracciate dai genitori per mezzo dei media o di internet. Essi hanno caratteristiche simili a quelle dei saperi esperti ma, diversamente da questi ultimi, mancano di organicità e di verificabilità e per la mancanza di competenza medica dei genitori stessi non possono essere

collocati in un contesto di ragionamento compiutamente organizzato secondo i criteri della medicina.

Una fonte di saperi di senso comune è data dalle reti di prossimità, quali i parenti, gli amici, il vicinato. A Torino, il vicinato e la comunità sembrano essere referenti di minore importanza rispetto a quelli presenti nella Valle di Susa. Infatti, in città le reti sociali più attive sembrano essere quelle parentali, in Valle pare crescere l'importanza della comunità nella definizione delle pratiche di vita quotidiana e nella comunicazione di saperi e di competenze riguardanti la salute e la malattia. Questo appare come l'unico vero elemento in grado di discriminare la costruzione della genitorialità e del rapporto terapeutico a partire dalla collocazione geografica, secondo quanto emerge dall'analisi dei *focus*, come si può evincere da queste testimonianze.

Io ho trovato una grossissima differenza tra quella della città di Torino e quella del paese. A Torino c'è la nonna la sorella la cugina ma sono sempre parenti mentre qui c'è la vicina di casa l'amica c'è una comunicazione maggiore nel bene nel male, perché poi si passano parole di cose assurde, c'è una comunicazione e un supporto molto maggiore di quello che c'è il città (Pediatria donna, Val di Susa).

(domanda del conduttore: diciamo una rete comunitaria, ma femminile o maschile?) Tutte e due ma forse più femminile, hanno i figli nella stessa scuola c'è molto passa parola quindi si tranquillizzano o si fanno venire dubbi a vicenda, ma si confrontano molto, cosa che trovo che nella realtà cittadina ci sia molto meno (Pediatria donna, Val di Susa).

#### 4.2.2 Le funzioni attribuite ai saperi di senso comune

Gli attori della co-costruzione dell'attribuzione di senso all'esperienza della malattia appartenenti ai saperi di senso comune sono ritenuti validi dai pediatri soprattutto quando sono in grado di svolgere due importanti funzioni. La prima riguarda il fornire sostegno relazionale al genitore per contenere l'ansia rispetto agli stati di malessere dei figli; la seconda riguarda l'aiuto offerto al genitore per aiutarlo a graduare e a discriminare la gravità dei sintomi, favorendo un corretto accesso al pediatra.

È sempre il sostegno della famiglia patriarcale di una volta che viene a mancare, dove si viveva tutti assieme che magari dava anche un po' fastidio ma c'era questo consiglio serale delle nonne che tranquillizzavano queste neo mamme nei confronti dei bambini; adesso queste famiglie non esistono più ma esiste la vicina di casa che dà una parola buona oppure l'amica con l'esperienza perché ha avuto già altri figli e il sostegno arriva attraverso altri canali. (Pediatria donna, Val di Susa).

Non solo le esperienze erano più trasversali, si vedeva come si allevavano i bambini e si faceva propria questa esperienza, adesso la famiglia nucleare torna a casa con un bambino in braccio e incomincia a chiedersi cosa ne faccio, cosa devo fare, come faccio a capire? (Pediatria uomo, Torino).

I pediatri lamentano, tuttavia, che sebbene il sostegno relazionale, ossia la prima funzione, sia attualmente ancora abbastanza presente, ancorché non più diffusa come un tempo, non altrettanto possa dirsi del trasferimento delle abilità discriminatorie dei sintomi dalle vecchie alle nuove generazioni, al punto che anche le nonne, madri e suocere, spingono le madri a recarsi dal pediatra per disturbi banali.

Nel corso dei *focus* è stata anche evidenziata la volontà dei pediatri di collaborare a costruire con altri attori, alcuni portatori di saperi esperti, alleanze ritenute proficue per il benessere dei bambini. Si tratta di alleanze mobili e temporanee tra pediatri e genitori e tra pediatri e altri saperi esperti. Nel primo caso, l'alleanza tra genitore e pediatra può avvenire per contrastare la forza definitoria di altri saperi esperti o di senso comune (insegnanti, parenti) ritenuti invadenti, inappropriati, inadeguati; nel secondo caso, l'alleanza tra pediatra e altri saperi può essere utilizzata per fini psicologici e sociali, quale, per esempio, comprendere meglio lo stato di salute o di malattia di un bambino

A me è successo di una madre extracomunitaria che mi ha portato la ragazzina di 12 anni che era svenuta a scuola e io ho dovuto chiamare la maestra per farmi raccontare che cosa era successo, perché non riuscivo a capire, loro non parlando bene l'italiano...Poi alla fine c'è stata solo una lieve ipotermia e non è stato niente, però io non mi faccio questi problemi di privacy è peggio per la salute del bambino. Se io ho bisogno di parlare con la maestra io la chiamo. (Pediatria donna, Torino).

#### 4.2.3 Sapere esperto e medicalizzazione della vita quotidiana

Anche dalle testimonianze raccolte presso i pediatri si evince che la maggiore centralità del sapere esperto di carattere bio-medico ha prodotto una sorta di “medicalizzazione della vita quotidiana” degli adulti e dei bambini. Per quanto riguarda l'ambito infantile, oggi è primariamente attraverso questo saperi che si scandiscono le tappe della buona crescita, del benessere dei bambini e del trattamento dei loro stati di malattia; di conseguenza, è anche attraverso questi saperi che si valuta l'adeguatezza genitoriale nel provvedere ai compiti connessi al raggiungimento di tali tappe.

All'interno di questo paradigma possiamo però riscontrare almeno due dinamiche interpretative differenti tra medici e genitori che contribuiscono sia a definire in modo diverso i contenuti dell'adeguatezza genitoriale, sia a concretizzarla nella quotidianità attraverso pratiche relazionali e di cura spesso divergenti.

L'analisi del punto di vista dei pediatri, ha permesso di riscontrare come essi costruiscano le pratiche di genitorialità attraverso una spartizione tra pratiche di puericultura e pratiche di cura relative agli stati di malattia. Le prime rientrano nei compiti educativi e informativi della pediatria, la quale, attraverso quel processo che abbiamo definito di medicalizzazione della vita quotidiana, accompagna e istruisce i genitori al proprio compito di cura dalla nascita fino a poco oltre lo svezzamento. In tal modo, madri e padri, ma primariamente le madri, interiorizzano fasi, procedimenti, pratiche appropriate alla crescita e al benessere del bambino secondo i dettami della medicina e con l'ausilio del pediatra e di altri operatori dell'ambito medico.

Il periodo immediatamente successivo allo svezzamento pone una limitazione alla disponibilità all'assistenza assidua da parte del pediatra anche nei termini di consigli per la puericultura, con conseguente limitazione di questa sorta di *maternage* pediatrico rivolto ai genitori; si potrebbe affermare che se concretamente il periodo successivo allo svezzamento vede l'inizio del distacco tra madre e bambino, prima tappa del conseguimento dell'autonomia infantile, simbolicamente e in modo analogo potrebbe raffigurare anche l'acquisita autonomia del genitore dal sapere del pediatra per quanto riguarda le pratiche della vita quotidiana, almeno secondo il punto di vista di quest'ultimo.

Tuttavia, pare che per il genitore questo apprendistato all'adeguatezza si strutturi in tempi più lunghi, giorno dopo giorno anche attraverso la sedimentazione di una importante legittimazione attribuita a questo sapere esperto, il quale diviene una guida cui riferirsi e a cui delegare scelta e responsabilità riguardanti il benessere del bambino, e non soltanto gli stati di malattia, ben oltre il primo anno di età, e ciò a detrimento della maggiore legittimità di cui possono godere altri saperi.

L'importanza dell'apprendistato all'adeguatezza è testimoniato dall'influenza attribuita a una variabile, l'ordine di nascita dei figli, per due ragioni richiamate compiutamente dai pediatri. La prima riguarda la possibilità di sedimentare l'esperienza, che può generare esiti contrapposti: una maggiore autonomia nel genitore, o una maggiore apprensione dovuta alla salute problematica del primo figlio. La seconda ragione concerne la possibilità di un ampliamento delle reti ritenute “competenti”, soprattutto amicali e di vicinato composte da genitori –soprattutto mamme- che hanno avuto figli più grandi- la quale promuove e rende possibile una sorta di ampliamento della circolazione e della ricchezza delle informazioni in senso orizzontale e paritetico. Anche in questo caso, il risultato può essere duplice: il contenimento dell'ansia propria delle persone con minore esperienza, oppure l'aumento dell'ansia e un accumulo di informazioni errate e non adeguate, che andranno a complicare la relazione terapeutica.



### 4.3. Il ruolo del pediatra

#### 4.3.1. Percezione del proprio ruolo, competenze e funzioni

Dalle testimonianze raccolte, emerge che i pediatri si rappresentano come portatori di un sapere esperto consolidato e socialmente legittimato e come parte di una cultura professionale socialmente forte e importante.

Più volte è stato rilevato che i genitori frequentemente attribuiscono loro competenze ritenute improprie, quali quelle riferibili al campo psicologico e pedagogico, mentre quelle autoattribuite fanno sempre diretto riferimento alla pratica medico-pediatrica.

Quello che trovo, per come sono strutturato io, dare consigli su queste cose, su queste esigenze mi sembra di entrare nella sfera personale della gente è come se io gli dovessi dire ma lei si lava, si cambia le calze, entro nella sua vita, ma perché lei non si comporta in un modo normale, io non voglio fare quella cosa lì, è la perdita del mio ruolo, non me la sento, va al di fuori del mio ruolo e se mi chiedono di farlo lo faccio malvolentieri, perché il passo successivo è: “Dottore glielo dica lei di non giocare alla playstation”. Io lo dico ai miei figli ai suoi figli glielo dica lei (Pediatra uomo, Torino).

In modo congruo a queste rappresentazioni, le funzioni che sono state richiamate riguardano, innanzitutto, il “curare con competenza”. Ciò significa non soltanto curare in modo adeguato ai dettami della medicina più attuale, ma anche curare in modo adeguato alle esigenze di vita del bambino e, se necessario e possibile, anche alle esigenze dei genitori, soprattutto nel tentativo di contenimento psicologico delle ansie, come afferma in modo esplicito questo pediatra (uomo, Torino).

Il contenitore del bambino che è la madre, ha bisogno di essere contenuta in qualche modo.

Sempre riferibili all’ambito medico sono le funzioni dell’informare i genitori e dell’educarli gradatamente sia alle buone pratiche riferite alla salute e alla malattia dei figli, sia alla relazione corretta con il pediatra. E’ proprio in queste funzioni informative ed educative che si svelano in maggiore misura gli elementi che costituiscono i criteri per definire la genitorialità adeguata. Essa, in modo contraddittorio, da un lato viene ritenuta “istintiva”, “naturale”, dall’altro la si considera come necessitante di educazione e di informazione scientificamente fondate.

L’espletamento di queste funzioni implica, necessariamente, il prestare attenzione agli aspetti della comunicazione terapeutica. Nei *focus* è emersa l’importanza dell’ascolto del genitore, più che quello dell’ascolto del bambino, che richiede di non svalutare le opinioni e di “agganciare” cognitivamente ed emotivamente i saperi precedenti di cui è portatore il genitore.

Cercare sempre di partire da quello che loro dicono senza ignorarlo o disprezzarlo, dire, dal suo punto di vista lei ha ragione tante mamme la pensano così però rigirando il discorso in modo da cercare di farglielo capire (Pediatra donna, Torino).

L’attenzione alla comunicazione terapeutica è utile per espletare una funzione a cui i pediatri attribuiscono importanza fondamentale, funzione che è stata più volte richiamata: stabilire una relazione di buona qualità con i genitori, fondata sulla fiducia reciproca e indispensabile per il rapporto terapeutico. Per renderla tale, è opinione diffusa che la relazione debba modularsi rispetto ad alcuni aspetti relativi alle caratteristiche del genitore, caratteristiche che fanno riferimento a variabili di natura socio-anagrafica, culturale, economica; alle caratteristiche del pediatra, riferite al genere di appartenenza e, soprattutto, a variabili di ordine psicologico e relazionale; alle caratteristiche del contesto di azione, con variabili relative al giorno della settimana, al luogo, ordine di arrivo del paziente, ecc...

### 4.3.2. La negoziazione terapeutica

Nella co-costruzione del percorso che va dallo stato di malessere, alla rilevazione dei sintomi, all'individuazione della malattia, alla cura, alla guarigione, il ruolo del pediatra pare essere fortemente sollecitato dalla necessità di negoziare con i genitori tale costruzione. Le riflessioni proposte nel corso dei *focus* si incentrano soprattutto sul ruolo del pediatra e sul ruolo dei genitori, intesi come gli attori centrali della negoziazione.

Dalle testimonianze raccolte emerge che i pediatri sembrano distribuirsi lungo un continuum che va da coloro che permettono ampi spazi di negoziazione, a coloro i quali pensano che, in virtù della competenza medica asimmetrica tra medico e genitore, questi spazi debbano essere ridotti. Potremmo definire i due poli l'uno incentrato maggiormente sulla relazione, l'altro incentrato maggiormente sulla prestazione, come si evince dallo scambio tra questi due pediatri.

Certo anche il medico è stato trascurato in quanto la madre è arrivata lì a portare una soluzione prima ancora che lui pensasse a che cosa ha la bambina (Pediatra uomo, Val di Susa).

Diciamo che se da me viene uno, come in questo caso, che ti chiede l'antistaminico per la varicella non mi sento prevaricata (Pediatra donna, Val di Susa) - relazione

Non è prevaricare è che ognuno deve fare il suo mestiere, se lei vuole l'antistaminico se lo prenda (Pediatra uomo, Val di Susa) – prestazione.

Si intende che, trattandosi di una polarizzazione, ai due estremi del continuum è presente egualmente l'attenzione per la relazione e la qualità della prestazione; la polarizzazione intende qui evidenziare l'enfasi posta dai professionisti ora sull'uno, ora sull'altro aspetto.

I pediatri sembrano poi distribuire i genitori lungo un continuum che va dal genitore adeguato alla negoziazione, a quello per nulla adeguato.

Il primo è disposto a farsi educare, ad apprendere dalle esperienze precedenti, a ricevere le informazioni dal medico e dal materiale allo scopo predisposto, a lasciare la diagnosi e l'individuazione della cura al medico, a somministrare i farmaci come prescritto, anche astenendosi dal richiedere farmaci che il pediatra giudica inutili; inoltre, non diventa ansioso inutilmente e rispetta i tempi di guarigione del bambino; il secondo è rappresentato dal genitore che si pone in modo conflittuale, informato a proposito o a sproposito, arrogante, diffidente, svalutante del sapere del pediatra – ciò pare essere tipico soprattutto dei padri –

Il modo in cui certe cose ti vengono poste, ci sono dei toni, ci sono delle persone che ti pongono delle domande con un tono che dice tanto tu niente, con un atteggiamento che dice intanto di quello che dici tu me ne frega poco o niente ed è una sensazione che ogni tanto hai. Io personalmente ce l'ho più con i padri che con le madri, ogni tanto mi arriva qualche padre supponente, padri giovani, di primogeniti che arrivano con tutta una loro serie di idee che si sono fatti durante la gravidanza, per cui sanno già tutto e magari sanno già tutto giusto ma te lo buttano giù con un tono che è inutile parlarci. (Pediatra donna, Val di Susa)

o, ancora, carente di fiducia nel pediatra del proprio figlio al punto da praticare lo “shopping pediatrico”, che pone “richieste anticipate”, che falsa i sintomi per ottenere maggiore attenzione, che antepone la propria organizzazione dei tempi familiari e di lavoro alle diagnosi, alle cure e alle esigenze del bambino.

Dal punto di vista dell'analisi, è possibile rilevare che nel primo caso si tratta di un genitore il quale, pur essendo molto dipendente dalla definizione medica delle proprie funzioni, viene considerato dai pediatri adeguato alla negoziazione in ambito terapeutico perché autonomo e in grado di procedere bene da sé; nel secondo caso, il genitore viene essere considerato inadeguato alla negoziazione in ambito terapeutico in quanto o troppo autonomo nella definizione delle proprie funzioni e capacità, al punto da divenire conflittuale e ciò sia nel caso in cui palesi apertamente il proprio punto di vista contrapposto, sia nel caso in cui si dissocia dalle indicazioni del medico non somministrando, o non

somministrando correttamente, le cure, oppure eccessivamente delegante, non in grado di assumere le proprie responsabilità di scelta anche per quanto riguarda la vita quotidiana e non soltanto gli stati di malattia.

La negoziazione pare ulteriormente complicata dai rischi insiti nel dover necessariamente utilizzare un mediatore adulto, il genitore, nel rapporto tra pediatra e piccolo paziente. Tale mediatore, in genere la madre, è frequentemente indicato come portatore di stati d'ansia difficili da contenere, i quali possono falsare il corretto riferimento dei sintomi e la somministrazione delle cure; oppure possono impedire un accesso reale del pediatra alla comunicazione diretta con il bambino.

Infine, una delle possibili risposte individuate per contrastare l'inadeguatezza alla negoziazione terapeutica e per ridurre la conflittualità è offrire soluzioni di carattere organizzativo, come predisporre il tempo di visita su appuntamento. In tal modo si intende riservare un tempo di visita più adeguato alle esigenze dei pazienti e dei loro genitori, educare alla riflessione rispetto alla reale necessità della visita, favorire un aumento della responsabilità genitoriale nella richiesta di un servizio di carattere sanitario, mettere il medico pediatra nella condizione di poter erogare al meglio la propria prestazione.

## 5. Conclusioni

Come traspare dalla lettura delle testimonianze raccolte, i temi variegati che emergono dall'analisi delle esperienze di vita quotidiana, quando in essa irrompono lo "stare male" e la malattia dei bambini, segnalano l'esistenza di una continua attività di integrazione e di ricerca dell'equilibrio tra i diversi modi di intendere le pratiche quotidiane in cui si esplicita la genitorialità "adeguata". Si tratta di un costante lavoro sociale, che ha come scopo il "prendersi cura" e la "cura" dei più piccoli, svolto non soltanto dai genitori, ma anche dagli altri numerosi attori – nonni, membri delle reti familiari e amicali, pediatri, educatori – che affollano la scena della "malattia" e della promozione del benessere dei bambini.

Nelle testimonianze dei pediatri, così come nelle testimonianze dei genitori, non appare quasi tematizzata la consapevolezza della valenza normativa insita nella costruzione dei criteri per determinare la genitorialità adeguata, che abbiamo visto essere molto presenti nell'operato del medico pediatra. Com'è noto, il sistema medico e i saperi esperti compresi in esso rappresentano importanti strumenti di controllo sociale e di controllo dell'ordine necessario al vivere associato.

Tuttavia, sebbene la consapevolezza non sia mai emersa in modo esplicito, sono rilevabili alcuni elementi ad essa riconducibili. Innanzitutto, la funzione educativa che i pediatri riconoscono come insita nella propria professione, funzione finalizzata non soltanto alla realizzazione di un rapporto terapeutico adeguato dal punto di vista relazionale, ma anche, e soprattutto, al mantenimento della salute, al trattamento e alla risoluzione degli stati di malattia dei bambini secondo i dettami del paradigma bio-medico. In secondo luogo, il riconoscersi titolati nel prestare attenzione al benessere globale del bambino, in questo molto sollecitati soprattutto dalle figure genitoriali che interpellano i pediatri anche per tematiche relative ad ambiti per i quali i pediatri non si ritengono idonei. In terzo luogo, la funzione di parte attiva, a volte anche in senso prevalente, nella negoziazione terapeutica, là dove maggiormente si incontrano e si contaminano i differenti saperi allo scopo di porre in essere buone pratiche per il benessere e la salute dei bambini.

Le medesime funzioni che i pediatri attribuiscono al proprio ruolo sono loro riconosciute anche dai genitori intervistati. Quantunque la letteratura specialistica rilevi una progressiva crisi di fiducia nel sapere medico da parte dei pazienti più acculturati e avvertiti, le interviste realizzate descrivono uno scenario differente. I genitori da noi intervistati non sembrano porre in discussione il paradigma medico in generale, e il sapere esperto pediatrico in particolare, a cui attribuiscono grande rilievo, quanto, piuttosto, rivelano eventuali crisi di fiducia nei confronti dei singoli professionisti. Ciò si manifesta in modo particolare quando essi paiono ravvisare una carenza di professionalità, intesa come mancanza di capacità relazionale e di competenza nel "guarire", e mancanza di capacità nell'orientare la formazione del sapere dei genitori stessi nelle pratiche quotidiane del "prendersi cura". In altre parole, i genitori sembrano talvolta chiedere ai pediatri di rafforzare il compito di guida nell'aiutarli a definire le caratteristiche della genitorialità "adeguata".

In questa prospettiva, quale ruolo pare essere attribuito all'autonomia dei genitori, fondamento per l'assunzione di piena responsabilità genitoriale, e quale parte pare essere attribuita alla declinazione del ruolo genitoriale secondo una visione interna al paradigma bio-medico?

Il rapporto e la negoziazione in ambito terapeutico paiono costruirsi anche sulla base di una comunicazione a doppio legame (Bateson, 1976), che in questo ambito intendiamo utilizzare come modello euristico per comprendere non tanto aspetti di ordine individuale, quanto aspetti di ordine sociale: il genitore vive in un contesto sociale che legittima in massima misura il ricorso ai saperi esperti, ritenuti i più validi in ogni campo, per definire modelli comportamentali e stili di vita adeguati; ciò può ingenerare, in via generale, sfiducia nelle proprie capacità di attore competente nelle varie situazioni sociali, in quanto i processi di attribuzione di legittimità alle specializzazioni proprie di ogni singolo campo delegittimano, per quel campo, modelli interpretativi non congrui con quelli specialistici. Contestualmente, i saperi esperti contengono, al loro interno, il mandato rivolto a ogni soggetto di divenire, almeno parzialmente, autonomo nelle scelte e nelle pratiche che riguardano il proprio stile di vita. Quindi richiedono, contemporaneamente, di essere attori vincolati

e di essere attori autonomi. Ciò è presente anche nel campo della genitorialità ritenuta adeguata. A fronte di un sistema generale che svaluta le scelte eterogenee a favore di scelte fondate su saperi esperti oggi prevalenti nella costruzione delle rappresentazioni dell'infanzia, quali quelli della pediatria, della psicologia e della pedagogia, viene richiesto ai genitori di avere fiducia nella propria "naturalità" e di essere, almeno parzialmente, autonomi nelle proprie scelte e nelle pratiche di genitorialità nella vita quotidiana.

Nelle interviste, i pediatri portano in evidenza questo mandato contraddittorio rivolto ai genitori, ai quali viene richiesto di essere fiduciosi nelle proprie capacità di osservazione, di discriminazione, di individuazione dei sintomi, di somministrazione delle cure, di attuazione di pratiche quotidiane ritenute adeguate al mantenimento del benessere, quindi autonomi e, contemporaneamente, di essere inseriti pienamente all'interno dei paradigmi interpretativi propri del campo biomedico, e di aderirvi, i quali tendono a delegittimare forme di sapere non scientifico e "profano". In tal modo, pediatri e genitori sembrano essere i protagonisti di una comunicazione e di forme di negoziazione terapeutica viziata a monte da un mandato impossibile, per sanare almeno parzialmente il quale è necessario il costante ricorso a doti individuali, psicologiche e relazionali, che rendono possibile una conciliazione, altrimenti inattuabile senza la volontà del mutuo sostegno finalizzato al benessere dei bambini.

In questa prospettiva, pare doversi necessariamente superare il concetto di *compliance* a favore di una visione del rapporto terapeutico fondato sulla negoziazione e sulla co-costruzione di tutto il percorso che va dall'individuazione del sintomo, allo stato di malattia, alla cura e alla guarigione. E' necessario altresì considerare che tale co-costruzione non si esaurisce nella relazione tra il genitore e il medico pediatra, ma, come appare dall'analisi delle interviste ai genitori, comprende una molteplicità di attori, la maggior parte dei quali appartengono alle reti portatrici di senso comune, in grado di influenzare in modo determinante la costruzione del percorso stesso.

Nelle interviste ai genitori, così come nelle testimonianze dei medici, abbiamo potuto rilevare la centralità attribuita al ruolo materno nella co-costruzione dei percorsi di mantenimento del benessere e di quelli relativi alle pratiche di cura. Tale centralità si manifesta principalmente in due ambiti: nella relazione diadica con il medico pediatra, che vede la madre come principale artefice della negoziazione terapeutica, e nella regia per l'integrazione tra i vari saperi, di senso comune ed esperti.

I padri sembrano avere un ruolo di comprimari soprattutto nella determinazione del "sintomo certo" e nel processo decisionale utile a vagliare l'opportunità del ricorso al sapere medico. Viceversa, sembrano meno presenti nella gestione quotidiana delle pratiche di "cura", in analogia a una loro minore presenza nelle pratiche quotidiane dell'accudimento per quanta riguarda l'alimentazione e il sonno. Si dimostrano, altresì, meno disposti a compiere un lavoro di integrazione tra i vari saperi, optando in misura maggiore per quelli esperti, a detrimento dei saperi di senso comune, soprattutto se intergenerazionali.

Infine, dall'insieme delle testimonianze emerge una grande assenza: il ruolo attivo riconoscibile ai bambini nel partecipare alla costruzione delle pratiche quotidiane per il mantenimento della salute e alla composizione dei percorsi riguardanti gli stati di malessere e di malattia, di cura e di guarigione (Alderson, Montgomery, 1996; Lewis, 1983). La presenza dei bambini, nelle interviste realizzate con i genitori e nei *focus group* con i medici, è fortemente connotata da rappresentazioni relative ai "corpi malati", la cui esperienza pare essere riconoscibile soltanto attraverso la mediazione genitoriale, e a quella materna in particolare, più che da rappresentazioni che li connotino come soggetti attivi, per quanto sofferenti, in grado di manifestare modi propri di sperimentare gli stati di salute e di malattia.

Tuttavia, l'insieme delle testimonianze fa trasparire l'esistenza, *in nuce*, della consapevolezza relativa alla titolarità di definizione e di espressione del proprio stato di salute e di malattia riconoscibile ai bambini. Gli indicatori di tale consapevolezza riguardano soprattutto le modalità di ascolto dei piccoli che alcuni pediatri e, principalmente, le madri paiono sforzarsi di utilizzare nel corso della costruzione delle pratiche di rilevazione dei sintomi e della cura, in pieno accordo con il

paradigma che vede il bambino come “bene in sé”, soggetto attivo nella propria esistenza e come titolare di diritti.

Accogliendo i suggerimenti indiretti provenienti dalle narrazioni raccolte, riteniamo che affinare l’ascolto dei bambini sia un primo, importante passo verso il riconoscimento del loro ruolo attivo nell’implementazione del diritto alla salute. Si contribuirebbe in tal modo a realizzare, in campo terapeutico, l’ampliamento delle co-primarietà e delle co-titolarità che attualmente fanno capo alla diade madre-pediatra, non soltanto riconoscendo il ruolo che svolgono i saperi di senso comune nella costruzione di tale relazione diadica, ma anche, e soprattutto, riconoscendo in modo esplicito al bambino la titolarità del diritto ad essere ritenuto soggetto attivo e competente, secondo l’età, al punto da rendere la relazione terapeutica configurabile come una “triade aperta”, nella quale egli non risulti più essere, come avviene ora, “figura centrale e periferica” nel medesimo tempo.

## Bibliografia

- L. Alanen, *Rethinking Childhood*, in «Acta Sociologica», Vol. 31, pp. 53-67, 1988
- P. Alderson, J. Montgomer, *Health care choises. Making decision with children*, Institute for Public Policy Research, Londra, 1996
- P. Ariès, *Padri e figli nell'Europa medievale moderna*, Laterza, Roma 1981
- M. Augé, C. Herzlich, *Il senso del male*, Il Saggiatore, Milano, 1986
- G. Bateson, *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 1976
- R. Balduzzi (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, il Mulino, Bologna, 2009
- C. Baraldi, G. Maggioni, M.P. Mittica, *Pratiche di partecipazione. Teorie e metodi di intervento con bambini e adolescenti*, Donzelli, Roma, 200).
- U. Beck, E. Beck-Gernsheim, E., *Il normale caos dell'amore*, Bollati Boringhieri, Torino 1996
- G. Bert, S. Quadrino, *Parole di medici, parole di pazienti*, Il Pensiero Scientifico, Roma 2002
- M. Bucchi, F. Neresini, *Sociologia della salute*, Carocci, Milano, 2001
- E. Colombo, "Le culture della salute", in M. Bucchi, F. Neresini, cit.
- W.A. Corsaro, *Le culture dei bambini*, il Mulino, Bologna, 2003
- M. Deriu, *Il desiderio dei padri tra tentazioni di fuga e ricerca di nuova autorevolezza*, in E., Ruspini, (a cura di), cit., 2005
- M. Douglas, *Purezza e pericolo*, il Mulino, Bologna, 1993
- K. Ehrich, "Reconceptualizing 'inappropriateness': researching multiple moral positions in demand for primary healthcare", in *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, n. 7 (1), 2003
- N. Elias, *La civiltà delle buone maniere*, il Mulino, Bologna, 1998
- E. Freidson, "Client Control and Medical Practice", in *America Journal of Sociology*, n. 65, 1960
- B.J. Good, *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Einaudi, Torino, 2006) .
- H. Hengst, H. Zeiher, (a cura di), *Per una sociologia dell'infanzia*, Angeli, Milano 2004

C. Herzlich, “Medicina moderna e ricerca di senso: la malattia come significante sociale, in M. Augé, C. Herzlich, cit.

M. Ingrosso, *La salute come costruzione sociale*, FrancoAngeli, Milano, 1994

A. James, C. Jenks, A. Prout, A., *Teorizzare l'infanzia*, Donzelli, Roma 2002

J.C. Kaufmann, *La vita a due. Sociologia della coppia*, il Mulino, Bologna, 1996

A. Kleinman, L. Eisenberg, B. Good, “Cultura, stato di sofferenza e cure. Lezioni cliniche dalla ricerca antropologica e transculturale”, in *Sanità, Scienza e Storia*, n. 1, 1989

F. Laplantine, *Antropologia della malattia*, Forense, Sansoni, 1988

C.E. Lewis, *Decision making related to health: when could/should children act responsibly?*, in G.B. Melton, G.P. Koochere, M.J. Sacks, (a cura di), *Children's competence to consent*, Plenum, New York, 1983

D.H.J Morgan, *Family Connections*, Polity Press, Cambridge, 1996

G. Maggioni, *Padri dei nostri tempi. Ruoli, identità, esperienze*, Donzelli, Roma, 2000

V. Maher, (a cura di) *Il latte materno*, Rosenberg & Sellier, Torino, 1992

D.H.J Morgan, *Risk and Family Practices: Accounting for Change and Fluidity in Family Life*, in B.E., Silva, C., Smart, (eds), cit.

A. Murcott, *Purity and Pollution: Body Management and the Social Place of Infancy*, in Scott – Morgan, (eds), *Body Matters: Essay on the Sociology of the Body*, Falmer Press, London, 1993

E. Murphy, *Images of Childhood in Mothers's Account of Contemporary Childrearing*, in «Childhood», Vol. 14, n.2, 2003

F. Neresini, “Salute, malattia, medicina: lo sguardo sociologico”, in M. Bucchi, F. Neresini, cit.

S. Piccone, C. Saraceno, (a cura di), *Genere. La costruzione del femminile e del maschile*, il Mulino, Bologna, 1996

J. Pierret, “I significati sociali della salute: Paris, l'Essonne, l'Hérault”, in in M. Augé, C. Herzlich, cit.



- E. Ruspini, (a cura di), *Donne e uomini che cambiano. Relazioni di genere, identità sessuali e mutamento sociale*, Guerini Associati, Milano, 2005
- C. Saraceno, M. Naldini, *Sociologia della famiglia*, il Mulino, Bologna, 2001
- C. Saraceno, *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*, il Mulino, Bologna 2003
- R. Siebert, *Le ali di un elefante. Sul rapporto adulti/bambini in un paese della Calabria*, Angeli, Milano, 1984
- E.B. Silva, C. Smart, C. (a cura di), *The New Family?*, Sage, London 1999
- B.E., Silva, C., Smart, (eds), *The New Family?*, Sage Publications, London, 1999
- F. Singly, de *Le soi, le couple et la famille*, Nathan, Paris. 1996
- F. Singly de, *Intimité conjugale et intimité personnelle*, in «Sociologie et sociétés», Vol. XXXV, n.2, 2003
- G. Vicarelli, Le domande dei cittadini e le responsabilità dei medici. Verso un nuovo “contratto sociale” tra medici e welfare in Europa, in «Salute e Società», n.1 (suppl.) 2006
- F. Zaltron, *Tra il dire e il fare. I genitori tra rappresentazioni educative e pratiche di cura*, Donzelli, Roma, 2009