

“SENTI CHI PARLA?”

Buongiorno a tutti. Sono qui per portare una riflessione che speriamo possa essere uno stimolo, da parte del nostro gruppo, e che vedrete che avrà più degli interrogativi che resteranno aperti che delle conclusioni certe.

Sapete che nel nostro gruppo negli ultimi anni abbiamo avuto voglia di confrontarci con scienze diverse, con saperi diversi, che ci hanno arricchito, di cui abbiamo cercato in varie occasioni anche di rendervi partecipi (vedi congresso di Torino, articoli su quaderni e su medico e bambino...) e che ci hanno ogni volta spinti a fare ancora un passo più in là.

Questa volta almeno due motivi, ma due solo per brevità, perché non sono i soli, ci hanno spinto a farci la domanda che è indicata come titolo di questo intervento e che possiamo leggere in modo diverso, a seconda dell'intonazione della domanda stessa. “senti chi parla?” (interrogativo) o “senti chi parla!” (esclamativo).

Sei disponibile a sentire, ascoltare, il bambino che ti parla? Stai sentendo, stai a sentire?

Oppure ti stupisci di fronte a un bambino che parla direttamente con te? E' uno stupore per una situazione che non ti aspetti o che non desideri o lo stupore per qualcosa di nuovo che ti si apre davanti? Hai voglia di farti coinvolgere da quanto il bambino ti dice?

Chi vogliamo sentire è il bambino, quel singolo bambino, il vero interlocutore del nostro agire, il nostro vero “cliente”, colui con cui noi dobbiamo parlare, pur senza dimenticare che fa parte di un sistema familiare di cui sappiamo sempre poco. Un parlare che non è la relazione scherzosa con cui tutti penso approcciamo i bambini, che facilita il raccontarsi qualcosa, che non è il desiderio di “farceli un po' amici”, per riuscire meglio a visitarli, per provare a calmare le emozioni o la paura.

La letteratura ci presenta un consenso diffuso sul diritto dei bambini ad essere ascoltati, informati e coinvolti nelle decisioni che li riguardano, ma spesso si parla di comunicazione tra pediatri e genitori, di comunicazione in caso di patologie croniche (cancro, asma, diabete), di comunicazione a senso unico, dal pediatra al bambino, dal medico al paziente.

Il prof. Panizon, in un articolo ripubblicato quest'anno su MeB (comunicazione e crescita: un dialogo a tre) dice che nel suo esercitare la pediatria “non ho parlato quasi mai con i bambini, o solo quando percepivo un loro problema da risolvere clinicamente. Ho sempre pensato che il mio referente fosse il genitore... , che lavoravo su un sistema in cui il bambino è forse il cardine, ma un cardine silenzioso”

E si chiede: “ma saper parlare con il bambino rappresenta una discriminante tra un buon pediatra e un cattivo pediatra?”

Inoltre

La sociologia rileva che spesso il bambino è presente nell'ambulatorio del pediatra come un “corpo muto”, da accudire, diagnosticare, curare, ascoltare, come un soggetto da interpellare più che da ascoltare. Un corpo muto non perché il bambino non parli, ma perché non è considerato un narratore competente per le situazioni che lo riguardano, ciò che dice ha un peso limitato nella relazione con il pediatra, è incompetente, va guidato, deve ancora evolvere.

Questo emerge dalla seconda ricerca portata avanti dal nostro gruppo con le sociologhe viene messo in luce come anche il fatto che i pediatri spesso parlano al bambino solo nella prima parte della visita, per ricavarne delle informazioni, funzionali all'orientamento diagnostico, ma non gli parlano quando si tratta di trarre le conclusioni, di riassumere quanto valutato nella visita. Al massimo cercano ancora di parlare con il bambino per ottenerne la compliance terapeutica, non per capire come il bambino vive la malattia. (se a qualcuno interessano ancora questi concetti abbiamo fuori qualche copia disponibile del testo in cui sono riportati, commentati, i risultati della ricerca "Mamma non mi sento tanto bene" di Favretto e Zaltron).

Ma non è così: il bambino, dalle scienze con le quali ci siamo confrontati, è attualmente considerato, fin da piccolino, un soggetto attivo nel costruire la propria vita, uno che può avere capacità e dare contributi nell'influenzare e trasformare i propri contesti di vita e anche la stessa società nel suo complesso. Di questo noi siamo convinti.

Davanti a noi ci sono bambini capaci di dire "noi abbiamo il sentimento di capire", perché sanno comprendere e comunicare il loro stare bene e stare male, e attraverso questo possono interpretare se stessi come corpo sano e corpo malato e sapere quando è possibile e opportuno sottoporre il loro corpo a cure, scegliendo quali e da parte di quali figure.

A questo bambino vogliamo imparare a parlare, tenendo conto che ogni bambino è diverso, che la sua condizione, la sua azione, al sua competenza sono strettamente legati al genere, all'età, alla classe sociale, all'appartenenza culturale, allo stato di salute.

Con questo bambino vogliamo condividere quella che l'antropologia definisce come la illness, cioè il modo in cui la persona vive la sua situazione, come percepisce e comprende il suo malessere o la sua malattia, cosa ne pensa, come immagina il funzionamento del suo organismo, come percepisce i cambiamenti del suo corpo, quale idea ha del perché si è ammalato, del come e perché cresce, del come e perché può guarire.

Dunque condividere con il bambino delle conoscenze, dalle più banali alle più difficili, relative a quanto gli capita, anche quando non si tratta di malattia; permettergli di avere degli strumenti per non spaventarsi, per superare la preoccupazione che i vari problemi possono creargli, perché non restino dei segni...

Non vogliamo però ricadere nel fare qualcosa che rischi di non avere la preparazione e la sensibilità necessarie, così stiamo cercando di dotarci di un qualche strumento che sia un po' guida, un po' memoria, un po' ... qualche cosa che ancora cerchiamo...

Abbiamo immaginato di dotarci di una scheda osservativa, che stiamo discutendo.

Nella discussione abbiamo evidenziato alcuni punti, che vi lasciamo come stimoli:

- Probabilmente bisogna distinguere se e come parlare con il bambino sano, e se e come con il bambino malato
- Ci sono situazioni particolari in cui non parliamo con il bambino perché è troppo piccolo o perché non vuole parlare, ma probabilmente ci sono dei modi, di cui forse non ci rendiamo conto o che non riconosciamo, con cui "parliamo" anche al bambino molto piccolo: alcune sue risposte a volte ci stupiscono!
- I genitori sono sempre con noi: parlare con il bambino mostra ai genitori le competenze dei loro figli, può trasmettere loro la cultura dell'autonomia e del rispetto del bambino. Non tutti i genitori gradiscono però il colloquio diretto con il loro bambino,

probabilmente pensando di perdere quel ruolo di mediatori che gli compete: bisogna fare attenzione! Noi entriamo sempre in un “sistema famiglia” dove quasi sempre il bambino non è in primo piano, dove ha sempre bisogno di approvazione, dove lo sguardo della mamma è un bisogno, dove è un bisogno anche il non violare la fedeltà alla famiglia. E il pediatra troppo bravo rischia di essere intrusivo, rischia di disturbare l’omeostasi familiare

- La collaborazione del bambino al colloquio dipende anche dal rispetto che i genitori hanno di lui come persona, di quanto lo considerano competente, di quanto ne favoriscono le autonomie. Nel parlare con il bambino gli diamo un riconoscimento, gli diciamo “io credo che tu sia in grado di capire” e questo è un messaggio che arriva anche ai genitori, è un messaggio che fa cultura, che offre un modello di relazione, che aiuta i genitori a vedere le competenze del bambino, a scoprire il bambino come persona, in grado di condividere qualcosa di sé e della sua salute, anche da piccolo.
- Dobbiamo dare un senso alle parole perché è difficile incrociare il senso che il bambino dà alle parole rispetto al senso che diamo noi, dobbiamo capire il modo di esprimersi dei bambini, capire quale uso fare della comunicazione non verbale. Imparare, tenere conto, esplorare, osservare le relazioni del sistema famiglia per adeguare la nostra comunicazione alla situazione reale del bambino

Proprio tenendo conto del fatto che i bambini ci dicono “noi abbiamo il sentimento di capire” e che noi confermarli dicendo “io credo che tu sia in grado di capire”, abbiamo provato a prestare più tempo e attenzione nel parlare al bambino in questi ultimi mesi. Nella realtà, in pratica ci si trova spesso in situazioni complesse: qualche piccolo flash tratto dalla nostra attività quotidiana, appena commentato, può magari spiegare meglio

- Sebastian, 8 anni, ha una crisi convulsiva, viene ricoverato e al rientro a casa non vuole dormire, non vuole ritornare a scuola, è spaventato. Il pediatra dice alla mamma: Signora, dobbiamo parlare con il bambino, capire come si sente, parlare con lui di quello che gli fa paura...” La mamma: “ma è sicura, ha solo 8 anni!” : **i genitori spesso possono non essere in grado di comunicare al bambino diagnosi e prognosi, delegare loro comunque questo tipo di comunicazione è rischioso, potrebbero non capirne nemmeno l’importanza**
- **Alcuni bambini ci portano problemi difficili di cui non dobbiamo avere paura di parlare:** i pazienti di una collega hanno assistito quasi in diretta alla morte di un compagno per arresto cardiaco, nei corridoi della scuola, altri erano allievi di una maestra uccisa dal marito. Sono arrivati in studio con problemi di sonno, di ansia, di paure diverse. Il chiedere loro di cosa avessero paura non è servito, le risposte non aiutavano nessuno, fin quando la pediatra ha detto “io quando ero piccola avevo paura che i miei genitori morissero...” e alcuni hanno incominciato a raccontare. **Non tutti i genitori sanno affrontare temi e situazioni difficili che hanno un impatto anche sulla salute; e non tutti i bambini sanno identificare l’origine delle loro paure, ansie, disagi. Proporre la propria esperienza, dare risposte prima di porre domande, a cui spesso non si ha risposta, può in certe situazioni aprire al dialogo.**
- **Per alcuni bambini il motivo della visita può essere diverso da quello apparente e la nostra disponibilità può permettere di esplicitarlo:** Anna, 5 anni, ha dolore addominale

ma il problema principale è un altro “mi viene all’improvviso una rabbia, una rabbia ... e poi un pianto che non so cos’è, che è inutile, io inizio, poi non riesco a fermarmi” e gesticola con i pugni chiusi e agitando le braccia

- **E’ possibile il dialogo verbale anche con bambini piccolissimi e a volte è utile aldilà delle aspettative:** Luca, di 26 mesi, nello studio della sua pediatra per accompagnare il fratellino al bilancio di salute, rimane fermo e impassibile in braccio al nonno mentre la mamma spiega che quando ha la febbre si rifiuta di prendere la tachipirina. Si fa visitare senza opporre alcuna resistenza, sempre senza parlare. Ma quando la pediatra gli dice “senti, se quando hai la febbre non stai tanto male, puoi decidere tu se prendere la tachipirina” con sguardo vigile e attento ha subito fatto sì con la testa, e ancora “se però hai mal di testa o non hai voglia di giocare, la devi prendere, ti farà stare meglio”, la risposta è stata di nuovo di assenso con lo sguardo fisso negli occhi della pediatra.

- Un ragazzino diabetico adolescente non segue le prescrizioni del centro in materia di dieta e di terapia. Il medico, vista l’età gli dice che può anche rischiare di diventare impotente. Lui, riferendo in famiglia il colloquio dice che rischia di diventare onnipotente!

Attenzione alle parole... bisogna saper parlare!

- **Per molti genitori è difficile valutare le competenze del bambino. A volte le sottovalutano.**

10 anni, Mario ha sintomi vaghi di artralgie e faringiti ricorrenti. C’è un caso di corea reumatica in

famiglia e i genitori sono molto molto preoccupati. La madre parlando col pediatra chiede di

mandare fuori il bambino, che non è per nulla d’accordo e non si sarebbe mai allontanato

dallo studio

- **A volte le sopravvalutano anche però e sembrano esagerare:** “ora che ha 8 anni, può venire in studio da solo?” e “Marco, racconta alla dottoressa perché siamo venuti a trovarla!” Silenzio... Su Marco racconta!” Silenzio... “Ehi... ma il papà sei tu!” Marco ha due anni e mezzo

- **Occorre avere ben chiaro cosa al bambino interessa davvero sapere:** un bambino con il vomito, con il mal di testa, vuole sapere quanto durerà, ma spesso non gli interessa cos’è. Un bambino con l’eritema polimorfo vuole sapere se andrà via, non perché ce l’ha

- **Alcune volte i risvolti della comunicazione rivelano differenze di valutazione all'interno delle relazioni familiari altrimenti ignoti:** Giacomo, portato in studio dalla mamma che sottolinea con foga un malessere del bambino; “tu come stai?” gli domanda la pediatra. “Io? Benissimo” è la risposta mentre sfoglia le pagine di un libro. Altre volte la risposta è stata “io gliel’avevo detto che non era niente!” oppure “no, non avevo 38 di febbre, solo 37.8” o “non ho avuto tre diarree ma due”
- **Qualche volta la difficoltà sta nell’atteggiamento del pediatra nel relazionarsi con i bambini:** una collega ha chiesto alla mamma di presentarsi in studio sempre da sola: il suo bambino “vivace” non era gradito!

Abbiamo deciso che in un primo tempo dedicheremo la nostra attenzione al bambino tra 3 e 6 anni, un periodo in cui il bambino può aver raggiunto la consapevolezza che quello che dice fa capitare qualcosa.

Vorremmo provare a cercare degli indicatori, qualcosa di obiettivo e misurabile, se possibile, che faccia emergere il “momento giusto” per rispondere a quello che consideriamo un diritto del bambino, magari una scheda osservativa. Pensiamo di raccogliere qualche dato relativo

- all’osservazione delle capacità di autoregolazione e di reazione iniziale alla visita medica (come il bambino entra in studio, come interagisce/reagisce alla visita, come reagisce l’accompagnatore),
- all’organizzazione di un colloquio con il bambino che arriva con un malessere/malattia (domande da porre, modalità comunicative, condivisione delle osservazioni; e poi anche cercando di valutare il pensiero del genitore in relazione al nostro approccio al bambino)
- al tentativo di restituire al bambino gli esiti della visita (alla conclusione della visita con pochi messaggi, sincerandosi della sua comprensione, ripetendo i messaggi chiave fondamentali, una specie di riassunto, coinvolgendolo nelle decisioni terapeutiche) in modo tale che il coinvolgimento nelle decisioni terapeutiche possa magari riuscire a superare il mero risultato della compliance.

Per noi parlare con il bambino è un modo differente di lavorare, un modo molto piacevole di lavorare!

Il percorso con i bambini dà effetti a distanza, i bambini poi sono anche riconoscenti....

E poi?

E poi c’è la curiosità, la nostra, che ci fa dire “come andrà a finire, cosa succede se parlo e ascolto un bambino con il reale desiderio di sapere e rispettare quello che ha da dirmi? Ancora non lo so, forse nulla, ma vorrei tanto scoprirlo”

Anche per vedere cosa rispondere al prof. Panizon: parlare con il bambino fa di noi dei buoni pediatri?

