

ABBECEDARIO

A

Accessi (incongrui)

Tali accessi (al P.S., ma anche a qualsiasi medico di territorio) non sono congrui dal punto di vista del medico ma, evidentemente, sono **congrui** dal punto di vista del paziente o di chi se ne occupa. Più semplicemente, possiamo sostenere che il paziente sente il bisogno di essere urgentemente **(rassi)curato** anche quando tale urgenza, oggettivamente, non sussiste o di essere, non urgentemente, ma comunque (rassi)curato anche quando potrebbe capire da sé che non ha bisogno di essere aiutato.

Basterebbe **(ri)educare** il paziente a saper riconoscere la congruità oggettiva, ma direi che da molti anni viene fatto di tutto, o quasi, perché avvenga il contrario, sia da parte dei media (per lo più consapevolmente) che dalla maggior parte dei medici (per lo più inconsapevolmente).

Dunque, se così fosse, basterebbe ridurre i messaggi dei media ma, soprattutto (anche perché abbiamo fatto un giuramento ed i media no) rendere più consapevoli noi medici sulle conseguenze educative (e quindi anche diseducative) del nostro agire, sperando che una buona parte di noi abbia la motivazione ed il coraggio di correggere il tiro anche se, pur nella sua semplicità, costa molta fatica.

Se al paziente o a chi se ne occupa spiegassimo che i sintomi sono nella grande maggioranza dei casi risposte funzionali, quindi da rispettare ed addirittura valorizzare e solo raramente attenuare o combattere, permetteremmo al paziente di esserlo (paziente), di accettare il sintomo, di rispettarlo e di dargli valore semplicemente perché **serve**; il messaggio che passerebbe è: “funziono bene” e, forse, “ce la faccio da solo”.

E allora, basta! Abbassare la febbre se il paziente la sopporta, intervenire sulla tosse se la sopporta e così via. Sarebbe già un buon passo avanti, ma non basterebbe. Anche qualora il sintomo venisse accettato e valorizzato ci sono altri aspetti, a forte impatto emotivo, da considerare: “perché mi

sono ammalato?”, “che malattia ho?” e soprattutto “basteranno i miei sintomi per guarire da solo”?

La paura del non controllo e dell'ignoto (*angoscia*) sono potentissimi ed i maggiori responsabili degli accessi incongrui. Se al paziente o a chi se ne occupa spiegassimo che quando ci ammaliamo più che i sintomi è importante valutare le condizioni generali (*appetito, umore, aspetto ed energia*) perché la gravità o comunque la necessità di una vera cura (non sintomatica) nella grande maggioranza dei casi non sono proporzionali all'intensità dei sintomi bensì all'intensità della compromissione proprio delle condizioni generali valutate nei momenti migliori dello stato di malattia (non quando, ad es., ha 40 di temperatura o un forte dolore)...

Se poi sottolineassimo che nessuno più di loro è in grado di soppesare il proprio (o del suo bambino) stato di compromissione perché nessuno meglio di lui o della sua mamma sa come sta quando non è malato... E' così che potremmo **(ri)dare loro la fiducia** di saper capire se hanno o meno bisogno di aiuto. Questo, oltre a determinare una drastica riduzione degli accessi incongrui sarebbe un gesto educativo potentissimo nei confronti del bambino: “la mamma si fida di me e di se stessa ed io posso fidarmi di me, di ciò che sento di me. Non ho bisogno di aiuto perché ce la faccio da solo”.

E se il medico, ospedaliero o di territorio, non si sentisse costretto a visitare per capire, dimentico che l'anamnesi e l'esame ispettivo molto spesso, come ci hanno insegnato i vecchi ed esperti medici, bastano per capire la non urgenza di un aiuto ma anche la non necessità di un aiuto? Visitando, non facciamo altro che dare congruità all'accesso semplicemente perché il paziente non avrebbe altrimenti ottenuto una visita evidentemente necessaria! Vorrei ricordare che la visita medica significa, “a cascata”, anamnesi, es. ispettivo, es. fisico, es. strumentali; ma non tutti sono sempre necessari (al medico). A volte, come al telefono, basta l'anamnesi, spesso ci si può fermare ad anamnesi ed es. ispettivo e questo **non significa non averlo visitato!** Il dermatologo non visita quando, come nella maggior parte dei casi, si ferma all'es. ispettivo?

E se, infine, il medico avesse il coraggio di **non prescrivere un farmaco**, sintomatico o curativo che sia, quando questo non è necessario o quando non è urgente ed addirittura converrebbe ritardarne la somministrazione?

Prescrivendo non facciamo altro che dare congruità all'accesso semplicemente perché il paziente non avrebbe altrimenti ottenuto una prescrizione evidentemente necessaria!

Quanto vogliamo proteggerci ed accontentare il paziente o chi se ne occupa?

Quanto siamo su di noi e sui genitori?

Quanto, noi pediatri, non siamo sul bambino?

Ce la possiamo fare.

Antonio Ghirardo

Adolescenti (*Sesso e sentimenti*)

Mi sento oggi più ferito di quanto lo fossi in passato da quello che si legge: suicidi, stupri, prostituzione, il branco (maschile più che femminile, ma non solo), le discriminazioni di chi è *diverso*, considerato diverso perché *diversi, altri* lo siamo tutti per tutti gli altri, appunto. Forse questi fatti non sono più frequenti che in passato, il problema è mio, è il mio vissuto attuale di questi fatti.

Quando il ragazzo o la ragazza si trova in quella fase di crescita in cui prevalgono gli impulsi, cominciano le emozioni, ma ancora i sentimenti sono acerbi e non auto-riconosciuti: i sentimenti non sono capacità naturale, ma culturali (ci ritorno poi). Quando tutte le contraddizioni sembrano venirti addosso:

- sei attratto/a dal sesso ma ti dicono stai attento/a;
- hai bisogno di assicurazioni ma rifiuti di essere assicurato/a;
- cerchi una libertà malintesa, senza freni, ma vorresti che da tutte le scelte poi si potesse tornare indietro senza sforzo;
- hai la percezione che sei tu a dominare, conquistare il mondo e forse cominci a intuire che sei tu invece ad essere condizionato;
- cominci ad avere degli ideali, ma ti sembra che tutto il mondo ti faccia capire che sono solo sogni, fantasie da idealisti, fuori dalla realtà.

Quando tutte queste contraddizioni sembrano venirti addosso ti senti inevitabilmente inquieto (e questo non è male, anzi un po' di inquietudine rende la vita più saporita, lo sappiamo), ma c'è il rischio che questa sofferenza diventi angoscia, patologia, malattia.

Cosa ci possiamo fare? C'è una parola magica, *educazione sessuale*, su cui c'è un sacco di letteratura. Anche l'AAP ha pubblicato ripetutamente delle raccomandazioni, anche molto dettagliate, su questo argomento.

Fin da piccoli? Sì, va bene, ma mentre nei bambini è relativamente facile le cose si complicano quando ci si avvicina alla pubertà. Quello che provo a fare, piuttosto che una revisione di questa letteratura, è un approccio più personale, forse da padre e ora nonno più che da pediatra.

Direi che il grande silenzio su questo tema (il sesso) da parte della famiglia avviene proprio qui, nel passaggio all'adolescenza. Un'inchiesta di 2-3 anni fa, non un secolo fa, rilevava che il 70 % dei genitori finge di ignorare il problema (le eccezioni riguardano in pratica solo le madri con le figlie femmine) e che per contro il 44% dei figli adolescenti dice che avrebbero piacere di parlare di questo con i genitori, e ancora che il 34 % scopre il problema e si informa solo tramite internet. Altre ricerche ci dicono che la quasi totalità degli adolescenti naviga su siti pornografici.

Mi par chiaro che un vuoto esiste: è la povertà, o la mancanza in qualche caso, di quell' *educazione al sentimento* che difficilmente avviene fuori dall' ambito familiare o nei suoi dintorni.

Questa disposizione d'animo i genitori devono trovarla dentro di loro, parlare dell'amore, della tenerezza praticata all'interno della famiglia (l'abbraccio... altra parola che inizia per A) e verso l'esterno, della naturalezza nei confronti della nudità, ma anche il rispetto delle zone d'ombra nell'intimità. Esempio e testimonianza quindi, e quando serve anche parole.

Sono convinto che su questo qualche ruolo, qualche parola, qualche consiglio spetta pure a noi pediatri, se vogliamo assumerci il compito di facilitatori delle famiglie dei nostri bambini in questa educazione sentimentale, più che sessuale. E noi dovremmo essere con i maestri, gli amici, i pari: tutta una rete non per ingabbiare, ma per *ripescare* qualche ragazzino/a: ricordate di sicuro *the catcher in the rye*, il prenditore nel campo di segale, il giovane Holden di Salinger.

Secoli fa in questo aiutavano i miti (gli eroi mitologici e gli dei dell'Olimpo erano i sentimenti), oggi abbiamo la letteratura, attraverso la quale i nostri ragazzi possono conoscere ed elaborare questa cultura dei sentimenti. Sono certo che questa cultura me la sono fatta in quel periodo della mia vita per gran parte attraverso la lettura: nei libri, anche nei romanzi, si impara cos'è la gioia e l'entusiasmo, ma anche cos'è il dolore e la disperazione. E si riconoscono anche le risorse possibili, la compassione e la resilienza. Ancora una volta Nati per Leggere.

La scuola fa questo? O, quando va bene, si limita a organizzare corsi di educazione sessuale? Forse meglio che niente, ma questo basta? E quando questi corsi li si chiede, a gran voce, non è che in questo modo noi genitori tentiamo di delegare ad altri quello che a noi spetta in prima battuta?

Winnicott scriveva: *"l'adolescenza è una malattia normale, ma il problema siamo noi adulti, forse non abbastanza sani da poter sopportare questa malattia"*. Questa nostra malattia si esprime in una società in cui sembra (dico sembra perché non credo sia proprio così) dominante l'apparire o il possedere rispetto all'essere (di quell' Erich Fromm che forse oggi non si legge più).

Duccio Peratoner

Aiuto

Dal 29 maggio 2012 questa parola ha per me un valore nuovo. Vivo dalla nascita a Cavezzo, il paese della “bassa modenese” più colpito dal terremoto, e qui lavoro dal 1983.

Il 20 maggio i pediatri che avevano lo studio inagibile hanno trovato una collocazione presso gli ambulatori dei colleghi o presso le strutture della protezione civile. Dopo la scossa del 29 maggio abbiamo perso le certezze rimaste; l’única “bussola” era rimanere in contatto aiutandoci a vicenda e continuare il nostro lavoro con i bambini e le loro famiglie. Ogni giorno ci ha portato storie incredibili ed emozioni fortissime con l’único desiderio di conoscere l’esperienza dei nostri pazienti e di aiutarli.

Quando una famiglia entrava in ambulatorio l’impressione era di trovarci fra sopravvissuti in un luogo sconosciuto. Il panorama intorno a noi era cambiato e non sarebbe mai più stato lo stesso. Anche noi non eravamo gli stessi, il lavoro ci ha aiutato a continuare a vivere nonostante tutto in un ambiente diventato all’improvviso ostile.

Un grande aiuto a proseguire ci è venuto dall’avere una modalità di lavoro in associazione o in gruppo che ha permesso a chi di noi doveva mettere al sicuro figli o genitori anziani di farlo velocemente per poi riprendere il lavoro.

Ci siamo messi in secondo piano come componenti di una famiglia e come terremotati per vivere come professionisti questo drammatico evento collettivo. Non abbiamo chiesto aiuto e per alcuni è stato un sacrificio emotivamente eccessivo.

Abbiamo sempre lavorato cercando di superare le difficoltà con la collaborazione di colleghi di varie discipline sperimentando per la prima volta un modello di collaborazione che ha funzionato e lasciato il segno. I pediatri hanno lavorato in modo coordinato con medici di medicina generale, infermieri, farmacisti, psicologi, assistenti sociali e volontari.

Abbiamo compreso che i bambini hanno vissuto l’esperienza del terremoto come un trauma che può protrarsi nel tempo e che dobbiamo aiutare i genitori affrontandolo insieme e parlandone.

Allontanare i figli portandoli al mare o in montagna nel tentativo di aiutarli non è efficace. Abbiamo sperimentato che solo lavorando con gli altri si può affrontare l’emergenza, che dobbiamo prevederla e non rincorrerla. E’ nata la consapevolezza che i pediatri e i medici del territorio devono entrare attivamente negli organismi e nei percorsi dell’emergenza prima che questa avvenga.

Nadia Lugli

Allattamento (al seno)

Gesto naturale, dimenticato, recuperato, ancora poco “normale”, che rafforza il legame fra madre e bambino e di questi con il mondo attorno.

E che mi ha reso felice, capace, consapevole, libera. E chissà quante altre come me.

Ma che è troppo spesso ostacolato, da chi lo giudica inutile, difficile, poco moderno, non remunerativo o semplicemente da chi è troppo pigro per acquisire le conoscenze minime sull'argomento.

Non è un atto medico, anche se a volte c'è bisogno del consiglio di un “esperto”.

Forse è per questa sua strana natura che si fatica a “rispettarne i tempi e i modi” (ogni tre ore, 10 minuti di qua, 10 minuti di là, mai se mangi cavolfiori, o se porti gli occhiali, e bla e bla).

Si cerca di ammantarla di “scientificità” e trasformarla in un intervento sanitario da valutare con HTA (Health Technology Assessment): rischi aumentati, rischi ridotti, costi, e bla e bla.

Mi sono sempre chiesta quanto farebbe ridere un HTA sui vantaggi, benefici, costi e fattibilità collegati alla vita sessuale degli amanti. Meglio un rapporto sessuale fra umani, che può richiedere un certo impegno e alcune precauzioni ma in genere regala momenti più o meno intensi di piacere e altro ancora, o un rapporto meno impegnativo e senza rischi con una bella bambola gonfiabile, anatomica, ergonomica, in puro lattice, caucciù, silicone? Non sarebbe ridicolo?

Allattare al seno è meglio perché sì, punto e basta, perché sì anche da noi, non solo nei paesi poveri, punto e basta. È meglio sempre (non è questo il luogo per ricordare le poche, vere controindicazioni all'allattamento al seno), se la madre vuole, punto e basta.

E allora, come pediatri, facciamo almeno questo proposito: che le nostre conoscenze e professionalità non si oppongano mai al desiderio di quelle donne e di quelle famiglie che vogliono esercitare la loro naturale competenza. Chi sa sostenere sostenga, chi non sa o non vuole o non può (mancanza di tempo, mancanza di spazio) indirizzi queste donne nei luoghi dove possono trovare un valido sostegno per riuscire ad allattare con piacere e gratificazione.

Ma che non si dica: questa o quella per me pari sono. Perché no, punto e basta.

Simona Di Mario

Amore

Il pediatra fa il pediatra perché ama i bambini?

Il greco ha per la parola amore tre parole con tre diversi significati.

Eros, che è l'amore fisico fra due persone di età vicina e non ha nulla a che fare col nostro mestiere.

Philos, che è l'amore fraterno ma anche l'amicizia che lega due o più persone in un legame di solidarietà nel bisogno e nel dolore.

Agape, che è l'amore di Cristo per l'uomo o dell'uomo per l'uomo quando l'amore di sé all'altro giunge fino all'annullamento e al sacrificio.

Si tratta sempre di amori fra simili che rimandano al sistema motivazionale affiliativo dell'etologia nel senso del *philos* o della libido.

Per spiegare l'amore del pediatra per il bambino bisogna allora forse risalire proprio all'etologia che individua per questo il sistema dell'accudimento/attaccamento, per cui il nostro bisogno di accudire il bambino deriva appunto da una riedizione dell'accudimento paterno o materno verso i piccoli della specie quando sono in pericolo.

Da dove ci viene questo bisogno? O perché siamo stati accuditi così bene nella nostra infanzia che vogliamo riproporre la nostra felice esperienza per gli altri. O perché siamo stati accuditi così male che vogliamo dimostrare al mondo che noi siamo capaci di fare meglio.

Forse è per la stessa ragione che i pediatri di solito hanno molti figli.

Francesco Ciotti

Ascoltare

La medicina moderna, iper-tecnologica e iper-frammentata, super-specialistica, forse di necessità (dice qualcuno) è anche un po' meno "umana", o umanistica. E anche un po' più monetizzata e burocratizzata, mi pare (sempre di necessità, dice qualcuno). E tutto questo rende più difficile l'ascolto. E poi mille volte mi è capitato di accorgermi, mentre parlavo con un paziente (soprattutto con un genitore) di fare plateali errori di comunicazione, in quel momento entrando a gamba tesa nel processo di "cura". Ci sono quindi nemici dell'ascolto fuori ma anche dentro di noi. Di questi ultimi dirò, quelli che se vogliamo possiamo, anche se non così facilmente come sembra, contrastare.

Sappiamo ascoltare?

Nessuno ce l'ha insegnato nel nostro percorso di formazione universitario, poi certo qualcuno di noi, forse tutti, ne abbiamo sentito l'esigenza. Ascoltare l'altro implica che devo prima essere consapevole di due cose: 1) devo riconoscere che il soggetto che ho di fronte ha la mia stessa dignità di opinione e di parole che la mia; 2) ancora più difficile, dentro di me deve affermarsi qualcosa di contrapposto a me. Il sotterraneo e inevitabile conflitto, tra il dentro e il fuori di me. A cui rispondere con il rispetto e l'accettazione, non solo formale, della diversità. Solo con queste premesse ci si può mettere in un buon atteggiamento di ascolto.

Vogliamo ascoltare o ce ne difendiamo?

Si può difendersi in diversi modi:

1. rifiutandosi di ascoltare il nostro interlocutore (bambino, papà o mamma che sia), interrompendo i suoi racconti o frazionandoli. Quante volte abbiamo inviato dallo psicologo i nostri assistiti perché incapaci (ma è proprio così?) o impossibilitati per ragioni di tempo (ma è proprio così?) ad ascoltarli?
2. Ascoltando sì, ma con già dentro di noi la convinzione che le domande già le abbiamo capite e che abbiamo già le risposte da dare in quel caso specifico.
3. Ascoltando sì, ma con la convinzione che questo ascolto ha come unico fine l'educazione del nostro paziente.
4. Ascoltando, ma già mentalmente facendo riferimento alla teoria che, se va bene, conosciamo. Quello che vien più facile fare è negarsi la novità, lo stupore, di aprire un canale di comunicazione che sarà remunerativo per tutti e due, che potrà anche provocare sofferenza in noi, ma che in cambio, quando l'ascolto sarà riuscito, ci darà una compensazione sia emotiva che pratica, nella cura del nostro paziente.

Quando ero un giovane pediatra Franco Panizon mi prestò un libro che gli era stato regalato. Non ricordo nulla del libro, ma ricordo bene la dedica dell'amica che glielo aveva donato (da allora

non me la sono più dimenticata): *“perché tu possa non assuefarti mai al pianto dei bambini che hai in cura”*. Siamo disponibili ad ascoltare questa modalità di comunicazione o ce ne difendiamo?

Per finire qualche parola su un aspetto forse meno considerato dell'ascoltare: il silenzio.

Già Maria Montessori aveva teorizzato e messo in atto questa pratica nel processo ri-educativo dei bambini anche piccoli, 3-6 anni: come condizione primaria per poter percepire messaggi mai compresi prima. E' necessario il silenzio interiore di chi è predisposto a curare, e il silenzio del paziente. Le sue pause vanno rispettate e poi interpretate, perché possono essere altrettanto eloquenti delle parole. Il silenzio ci permette di ascoltare in profondità.

L'horror vacui della nostra vita frenetica ci porta ad aver paura del silenzio.

Sappiamo oggi che abbiamo neuroni che vengono attivati dall'ascoltare e altri dall'assenza di suoni, e che questi ultimi migliorano la capacità di percezione dei secondi. Ma del resto chi ha un difetto uditivo sa benissimo che una stessa parola (allo stesso tono e lo stesso volume) viene percepita meglio, o solamente, se prima e dopo c'è il silenzio, se non c'è un rumore di fondo.

Duccio Peratoner

Attenzione

Attenzione al proprio ruolo.

I genitori non hanno bisogno della continua presenza di esperti per trovare un equilibrio accettabile.

Devono poter contare su interventi corretti, attenti e costruttivi da parte di tutti i professionisti che entrano in contatto con loro (*R. Valentino Merletti, Qacp 2005;12:1-2.*)

Attenzione al gruppo e nel gruppo:

- fiducia necessaria nei confronti dell'altro;
- collaborazione e disponibilità;
- divisione dei compiti in relazione alle caratteristiche di ciascuno;
- condivisione di pensieri e strategie.

Attenzione alla ricerca di sinergie tra istituzioni e di vie affidabili per interventi appropriati e condivisi: intorno alla salute del bambino e alla sua crescita occorrono molti sguardi per mettere insieme pezzi diversi.

Attenzione alle domande vere, prioritarie, pertinenti e, come tali, rilevanti e impattanti nella pratica, cui deve rispondere la ricerca in campo pediatrico.

6 **p** (**p**redittiva, **p**reventiva, **p**artecipata, **p**ersonalizzata, **p**ediatrica, cure **p**rimarie) devono caratterizzare il passaggio da una medicina unicamente curativa a interventi a garanzia di guadagno in salute per tutti. (*M. Bonati, Cesena, 23.1.2010*).

Attenzione autentica e rigorosa nella complessità attuale: lucidità interiore, presenza nella storia, non distrazione, non indifferenza (*A. Beaumanoir, Monza, maggio 2013*).

Attenzione come ascolto, ma anche silenzio:

- per custodire il frammento;
- per scorgere il piccolo filo nel tessuto della quotidianità di gesti e legami;
- per intercettare i segni della fragilità;
- per seguire piccoli e limpidi segni che orientano.

Federica Zanetto

Avenire

Questo avvenire è quello che avete immaginato voi, convegnisti di Tabiano 2013, rispondendo alla scheda dell'indagine di un anno fa. Voglio un po' per gioco presentarvelo come una vera ricerca.

Obiettivo. Indagare sulle aspettative professionali e sull'avvenire della pediatria di famiglia e del SSN per il prossimo decennio dei presenti a un convegno pediatrico organizzato dall'ACP.

Metodi. Compilazione di un questionario precompilato a scelte multiple distribuito all'ingresso e raccolto alla fine del convegno.

Risultati. Ha partecipato all'indagine il 78% dei 273 presenti. Il 55.7% iscritto all'ACP e fra questi il 77% esercita la professione in qualche forma associata. Alla domanda qual è l'ambito professionale nel quale si attende il maggiore impegno il 35.5 % ha risposto "i problemi psicologici degli assistiti". Modesta l'indicazione per l'acuto banale (13%) inattesamente bassa quella delle malattie croniche (11%) e dei problemi in adolescenza (6.2%). Sul tema della organizzazione sanitaria le maggiori preoccupazioni riguardano l'organizzazione della pediatria territoriale (37.8%) e la gestione del contratto (25.7%). I rapporti più impegnativi sono quelli con l'ASL (32%) e con l'ospedale (30.2%). Seguono i rapporti con le famiglie (22.1%), mentre trascurabile è l'importanza di quelli con la scuola (6.4%). Alla domanda se la pediatria di famiglia ha probabilità di continuare solo il 42% è ottimista. Il 31% pensa che sarà confinata ai primi 6 anni e il 25% che sarà assorbita nelle medicina generale con il suo stesso trattamento economico. Sul destino del SSN il 54% pensa inevitabile una forte revisione. Il 37% che si salverà solo con un forte aumento della spesa privata. Il 2% ne presagisce la fine.

Conclusioni. Sono evidenti i limiti di una indagine come questa. Molto soddisfacente sembra il 78% delle risposte al questionario e il 77% degli iscritti all'ACP che lavorano in forme associate anche se non è possibile valutarne la tipologia. La preoccupazione per i problemi psicologici degli utenti va valutata positivamente. Il basso valore di coloro che indicano come primo problema le malattie croniche e i problemi dell'adolescenza è probabilmente riferito al numero degli assistiti con questi problemi e non all'importanza del bisogno di assistenza. Modesto il numero di coloro che pensano che l'acuto banale sia un problema importante. Dal punto di vista normativo circa un terzo riferisce come di maggiore importanza il rapporto con le ASL (per la organizzazione della pediatria territoriale) e con l'ospedale. Quest'ultimo sarebbe un tema da approfondire. Le attese per la sorte della pediatria di famiglia e del SSN non sono molto alte.

Predomina insomma il pessimismo della ragione.

Giancarlo Biasini

Amore (come F...)

Provocato a Tabiano dalla definizione di Ciotti mi è venuto in mente di proporre quest'altra declinazione della parola *Amore*.

Qual è questa parola che inizia per *effe*? Una parola fondamentale che sempre ho in mente quando visito il bambino.

Fegato? No, non è quella la parola, anche se quest'organo è fondamentale: ne siamo certi come il Santo Natale. Faringe! Non c'è visita dove non si scruti in profondità quest'organo senza fondo; luogo magico dove entrano calorie ed escono vocali e consonanti. Un organo capace di una sintomatologia drammatica nelle nostre latitudini: mal di gola terribili o allucinanti: e comunque, il faringe non è.

Allora, cosa c'è nel bambino con la effe che a ogni visita si controlla? Foruncolo, follicolo, femore, falange, oppure il frenulo labiale. No, acqua, non ci siamo. Un organo che inizia per effe legato all'amore... «Faccia, un amore di faccia!... No?» No! Spariamo l'ultima cartuccia: «la tuba di Falloppio!», ... c'entra in qualche modo con l'amore ma non è quello l'organo che mi sta a cuore.

Amore significa negazione della morte, e un bambino è un inno alla vita, è amore fatto persona.

Come poter amare un bambino come dottore? Dandogli la medicina giusta, in altre parole rispettandolo, proteggendolo e offrendo il massimo della propria competenza. Allora, quale organo del bambino fa rima con amore, in pediatria? Il **futuro**. Un organo che non manca mai in un bambino. Se manca il futuro, o se questo è ammalato, quel bambino è grave, gravissimo, più che azzoppato. Qualche volta il futuro se lo mangiano i genitori che, invece di amare, non fanno che adorare, mandando giù in un sol boccone bambino e il suo destino. Genitori cannibali. Altre volte le relazioni, molto più del mal di gola, sono allucinanti, ma chissà perché, mai portate a visita dal dottore, forse perché una malattia affettiva ai 38 gradi di temperatura non arriva. E intanto il futuro, organo vitale, se ne scompare.

Ma quest'organo dov'è posizionato, che nell'atlante non l'ho trovato? Si guarda negli occhi, non nella gola, è lì che è sistemato.

E bisogna ricordare di non mescolare: non è la speranza che dobbiamo cercare. Quella nei bambini non c'è, ma va bene per i vecchi come me, che il futuro se lo sono già ben consumato. Dove e quando? Nel nostro rapido presente e in un antico passato.

Costantino Panza