

tendenze

nuove

Materiali di Lavoro su Sanità e Salute della Fondazione Smith Kline

La comunicazione e l'informazione in pediatria

Congresso Nazionale
F.I.M.P. - Federazione Italiana Medici Pediatri
Sorrento 8-10 settembre 2000

Supplemento n. 4/2000
Tendenze nuove

Antibioticoterapia e comuni patologie: la comunicazione con la famiglia chiave per l'ottimizzazione della terapia

Giuseppe Caramia, Divisione Pediatria e Neonatologia - Azienda Ospedaliera Materno Infantile "G. Salesi" - Ancona

Introduzione

Gli antibiotici hanno permesso un notevole passo avanti nel controllo delle malattie infettive. Si è così passati da una mortalità nel mondo del 140/100.000 abitanti a valori inferiori al 10/100.000. Il massiccio e talora non corretto impiego di tali farmaci ha determinato però non solo un certo numero di patologia iatrogenica ma anche l'insorgenza di patogeni resistenti con conseguente inefficacia dei farmaci stessi. Questo ricorda purtroppo quanto affermava Eschilo: "ogni cosa ha il suo rovescio". Ne è derivata quindi la necessità di una continua ricerca per lo sviluppo di nuove classi di antibiotici, che sostituiscano quelle che hanno perso la loro efficacia, ma soprattutto un migliore utilizzo degli stessi coinvolgendo non solo le capacità culturali del pediatra ma anche quelle comunicative onde raggiungere una sinergia che permetta il più oculato e razionale impiego di tali farmaci. Va infine ricordato che gli antibiotici sono i farmaci di più frequente impiego in età pediatrica che incrementano una spesa sanitaria già di per se elevata e non in grado di soddisfare le crescenti esigenze della popolazione: ulteriore motivo per un loro corretto impiego.

Evoluzione della comunicazione in ambito medico

Per ciò che attiene agli aspetti della comunicazione se ci è permesso, per una migliore comprensione del problema, facciamo un salto all'indietro di molti secoli.

La medicina è fin dai secoli più antichi l'Arte e la Scienza della cura e della guarigione, cioè della tutela della salute e del suo recupero.

In epoca preistorica lo stregone e/o il sacerdote svolgevano anche le mansioni del medico: si mettevano in contatto con il dio dei credenti per ottenere il perdono delle loro colpe, responsabili di ogni male, e quindi la guarigione desiderata: la comunicazione diretta fra sacerdote e dio vedeva escluso il paziente che era colpevole e quindi ammalato. Lo stregone però era come Giano bifronte antica divinità italica: era in grado di aiutare e di curare ma anche di nuocere. La cosa cominciò a distinguersi dopo l'epoca di Omero (VIII s. a. C.) con l'avvento dei sofisti greci e dell'era Ippocratica. Gorgia da Lentini (482-374 a.C.), filosofo contemporaneo di Ippocrate e uno dei maggiori esponenti dei sofisti greci, affermava già a quel tempo che la parola ha un potere immenso, può mettere fine alla paura, abolire il dolore, instillare la gioia, esaltare la pietà. Prima ancora delle moderne conquiste della medicina psicosomatica era già stata intuita l'importanza terapeutica della parola e della comunicazione (1).

Nel mondo di Omero e di Ippocrate però c'era posto solo per i vivi o per i morti: in quel mondo di eroi, i primi erano tutti valorosi, validi, pieni di vita, sani, risanati o guariti. Non esisteva il concetto di inguaribilità, pur esistendo le malattie inguaribili, per cui il curante o era guaritore o non lo era.

Il medico era sempre guardato dal basso in alto, con imposizioni dall'alto e con scarse possibilità comunicative con il

paziente.

Un notevole aspetto positivo ci viene invece proprio dai lunghi secoli bui del Medio Evo in quanto in tale epoca nacque e si diffusero sempre più capillarmente, i "pia loca o loca Hospitalia" luoghi dove gli storpi, ciechi, folli, piagati, mendicanti, o gli abbandonati, bambini senza famiglia o vecchi senza più risorse, o gli "infermi", cioè quelli che presentavano comunque una condizione di vita invalidante, trovavano in un ambiente caritatevole, del personale sanitario di assistenza e delle parole di solidarietà di conforto, di speranza, di fiducia, di comprensione della propria situazione per poter comunicare e condividere il proprio dolore, le proprie speranze e continuare a sopravvivere. Fu, per opera di non poche persone sensibili e caritatevoli, l'inizio dell'Umanesimo anche in ambito sanitario. Per le modeste possibilità diagnostico-terapeutiche le prestazioni mediche consistevano soprattutto nell'essere presenti, nel saper ascoltare, partecipare al dolore e alla sofferenza limitandosi a quei pochi presidi terapeutici che oggi sono abbandonati perchè sappiamo essere di scarsa utilità curativa. La cosa proseguì così nei secoli tanto che, solo poco più di un secolo fa nel 1852, G. Del Chiappa, medico Docente a Pavia, nel suo "Discorso della Morale del Medico" ricordava che il medico di quel tempo doveva, soprattutto in tali ambienti, "palliar ove il guarir non ha luogo e addurvi, secondo che più lice, speranza e consolazione" dato che veniva sostenuto che curare non vuol dire guarire e che non esistono mali incurabili ma solo mali inguaribili (2).

Con la rivoluzione medico-scientifica introdotta progressivamente da Claude Bernard (1813-1878) Rudolph Virchow (1821-1902), Louis Pasteur (1822-1895), Robert Koch (1843-1910), da Wilhelm Roentgen (1845-1923), Pierre (1859-1906) e Marie Curie (1867-1934) è nato il medico moderno capace dapprima di formulare accurate diagnosi e prognosi e poi anche terapie fondate su una rigorosa impostazione eziologica e anatomo-patologica.

La progressiva dedizione al nuovo rigido tecnicismo scientifico che ne è derivata, favorita anche dai brillanti risultati via via sempre più evidenti, pur avendo generato tante vittorie ha ridotto nel medico la capacità di contatto umano con il malato e di comunicare, ereditata da una tradizione lunga di secoli, per cui vi è sempre meno spazio per il paziente, dimenticando così che alla gente, oggi come un tempo, stà più a cuore la fiducia e il rapporto con il proprio medico che non le molte innovazioni tecnologiche. Come sosteneva lo psicanalista anglo-ungherese M. Balint (1896-1970), il farmaco più usato è il medico stesso, dato che non è solo la medicina che conta, ma anche il modo con cui il medico la propone e l'atmosfera con cui viene data e presa, confermando così che "il medico stesso è un farmaco per il proprio paziente" e che l'anima della medicina si trova comunque nel rapporto, nella comunicazione, nella relazione fra chi guarisce e chi è guarito. Il linguaggio e il modo di esprimersi penetrano nell'intimità

della struttura psichica del bambino e dei genitori e creano legami profondi fra medico e ambiente familiare. In questa ottica il saper comunicare, le parole dette con il cuore, e che dovrebbero giungere al cuore, peraltro non sempre facili e non sempre vincenti, sono determinanti e sono comunque l'espressione di un rapporto delicatissimo, fra il pediatra, alla ricerca di un difficile equilibrio fra tecnologia, saggezza e sapere, e paziente-genitori con la loro carica di ansia e angoscia e con gli interrogativi e i dubbi di quest'ultimi a volte anche esistenziali, molto spesso inespressi e talora drammatici (3,4). Parole che non solo sappiano informare, ma che sappiano anche dare speranze aprire orizzonti di ottimismo, se pronunciate serenamente e se rivelano la partecipazione umana del pediatra. Parole però capaci anche di generare disperazione, se pronunciate dalle abissali distanze dell'indifferenza.

Le parole spesso assumono una carica di sacralità, sono in grado di sondare il dolore umano e sono capaci di unire in un rapporto di umana affinità il medico, il piccolo paziente e tutti i suoi familiari (5).

Purtroppo però le necessità economiche e le esigenze di produttività del sistema sanitario unitamente alla attuale routine quotidiana rischiano di far perdere di vista i valori di una corretta comunicazione inter-personale per cui, frastornati dalla frenesia tecnologica e dall'urgenza del tempo, diventiamo a volte, nostro malgrado, sempre più incapaci a prendere contatto con le dimensioni patologiche e/o realmente vissute dai piccoli pazienti e dai loro familiari, giungendo ad un approccio sempre più distaccato dalla loro sofferenza. Un distacco che forse può tutelare il pediatra dall'ansia quotidiana, dal coinvolgimento troppo intenso e continuo e dall'usura, responsabile, non raramente, del "burn out", ma che inesorabilmente ci priva di parte della nostra umanità in un'indifferenza progressiva ai problemi non strettamente scientifici dei malati (4,6).

Troppo spesso le "parole del cuore" si consumano nell'abitudine o si spengono nel vuoto dell'incapacità di comunicare. Alla mancanza di una doverosa informazione si aggiungono allora, nella mente dei pazienti, attraverso l'ansia dei genitori, una condizione di agitazione e di angoscia che occupano il vuoto creato dal silenzio e rendono più virulenti i circoli viziosi psicosomatici della malattia.

Tale situazione sembra essere favorita dal fatto che da alcuni decenni, in tentativo di socializzare la medicina, fra medico e malato si sono inserite mutue, riforme, controriforme, burocrazia. I medici sono diventati tecnici-impiegati-funzionari e il sistema taglia il tempo da dedicare al dialogo.

La comunicazione interpersonale è la grande sacrificata e la fiducia fra uomo e uomo si sta perdendo. I genitori e i pazienti dimostrano chiaramente di non gradire il pediatra che si occupa palesemente di dati, numeri, sigle della malattia, ma esigono chi si occupi di loro individualmente come persona ammalata. L'umanità presente nell'idea di un'assistenza medica generalizzata, estesa a tutta la popolazione, ha assunto un certo grado di disumanità a causa delle modalità della sua attuazione (3).

L'insoddisfazione nei confronti della medicina dilaga ed è divenuta un fenomeno sociale perchè la medicina è una pratica entro la quale si creano situazioni di rapporto umano, di aspettative e di emozioni mentre se il pediatra vede il bambino come un insieme di molecole e trascura la soggettività dell'ammalato e della sua famiglia tradisce le loro aspettative. Numerose indagini hanno infatti dimostrato che negli ultimi decenni, nonostante l'innegabile miglioramento delle condizioni generali di salute, la riduzione della mortalità infantile e l'allungamento della vita media, è peggiorata la sensazione

della dedizione del medico all'ammalato: questa è carente soprattutto da parte dei medici e dell'assistenza ospedaliera.

Nonostante vengano riconosciute capacità tecnologiche spesso ottime, la mancanza del rapporto umano aumenta le sensazioni di malessere e i sintomi di malattie funzionali (7). In altre parole ci si ammala di meno, le guarigioni sono più numerose ma ci sono più insoddisfatti. La sicurezza a fatica costruita è minacciata: riappare la paura che è secondo F. Nietzsche il sentimento primordiale, retaggio dell'uomo che ci fa mettere in atto strategie di difesa. Per questo Barsky, che ha definito il fenomeno come il paradosso della salute, avanza l'ipotesi che il medico, come espressione del sistema sanitario, sia almeno in parte responsabile di questa progressiva insoddisfazione della gente.

Questo perchè il medico è in parte venuto meno al suo ruolo di intermediario fra progresso medico, con tutte le sue lusinghe tecnologiche e i suoi rischi consumistici, e la soggettività del malato che dal canto suo, per l'intervento dei mass media, si è creato un'idea di onnipotenza della medicina con aspettative spesso miracolistiche. Le conseguenti disillusioni portano all'insoddisfazione, alla sfiducia nella medicina tradizionale e al crescente affidarsi alle medicine alternative. Questo anche perchè la medicina nei suoi eccessi è spesso nociva e pericolosa e perchè le medicine alternative prospettano e fanno credere ad un approccio all'individuo nella sua interezza, corpo mente e spirito con una attenzione alla globalità della persona. Ecco quindi riaffacciarsi la necessità che il medico, ed in particolare il pediatra, si riappropri del contatto umano con i suoi assistiti e la famiglia tutta e ritrovi fiducia nelle proprie capacità di rapporti interumani.

Comunicazione e antibiotico-terapia

Premesso che la comunicazione è il cardine del rapporto fra pediatra - bambino - genitori, in ambito di antibiotico-terapia vanno resi noti alcuni concetti fondamentali per ottimizzare la terapia stessa (8):

- febbre non significa sempre infezione;
- non tutte le infezioni necessitano di un trattamento antibiotico;
- a seconda della sede dell'infezione ci si può orientare con una certa attendibilità sull'eziologia e di conseguenza valutare l'opportunità o meno della antibiotico-terapia
- le infezioni batteriche danno di solito rispetto a quelle virali una più precoce ed evidente compromissione delle condizioni generali: di questo si deve essere immediatamente informati per provvedere in merito;
- gli antibiotici non sono una panacea: hanno i loro effetti indesiderati.
- La febbre infatti è l'espressione di una risposta dell'organismo ad un insulto subito che non sempre ha una origine infettiva. Per tale motivo è utile saper far capire che è opportuno aspettare, in vigile attesa, il tempo necessario, di solito 24-48 ore, per avere dall'evoluzione clinica sia un orientamento sulla diagnosi, in particolare eziologica, e quindi sia l'eventuale orientamento verso una origine non batterica e/o sulla eventuale terapia antibiotica, in caso di sospetta infezione o complicità batterica. Nell'attesa quando la febbre supera i 37.8-38.0 sono più utili dei sintomatici antifebrili che evitino iperpiressie con possibili risvolti dannosi. Di solito molti quadri febbrili si risolvono senza ricorrere ad antibiotici evitando, in tali casi, la somministrazione di farmaci inutili, con possibili risvolti dannosi per la comparsa di resistenze e/o di effetti collaterali, disagi e costi sia alla collettività sia alla famiglia.
- Non tutte le infezioni inoltre necessitano di terapia antibio-

tica dato che, soprattutto in età pediatrica, una notevole incidenza hanno, nella patologia domiciliare, quelle di origine virale. Queste di solito hanno un decorso benigno, non necessitano di particolari cure né vi sono attualmente terapie specifiche e vengono ben controllate con i comuni antipiretici. In tali casi l'uso di antibiotici può essere accettato solo nell'ipotesi di possibili complicanze batteriche che possono aggravare e/o modificare il decorso della malattia iniziale.

- I vari organi ed apparati dell'organismo possono presentare processi infettivi la cui frequenza eziologica è di solito ben nota. L'esatta conoscenza delle diverse eziologie della patologia respiratoria, che è di gran lunga la più frequente in età pediatrica, non solo può essere utile al pediatra nell'orientamento eziologico ma può permettere di infondere una certa serenità nell'attesa dell'evoluzione del quadro clinico (9). Nelle infezioni delle vie urinarie invece bisogna mettere nella giusta luce l'importanza della raccolta delle urine e dell'urinocoltura prima di iniziare una terapia antibiotica. Solo dopo la raccolta dell'urine per identificare il germe patogeno e la sua sensibilità ai farmaci, potrà essere iniziato in base ad un criterio razionale, la terapia antibiotica che però dovrà essere confermata dall'antibiogramma onde attuare una terapia mirata. Per quanto attiene invece alle enteriti, è noto che tale patologia è determinata soprattutto da infezioni di natura virale, come recentemente confermato dall'indagine nazionale "Studio Pueris" (10), per le quali la dieta è la principale terapia. Secondo numerosi studiosi, può essere associata la somministrazione di fermenti lattici che, favorisce lo sviluppo della flora intestinale normale. Questo sviluppo, per l'azione di antagonismo vitale ostacola quello di eventuali patogeni mentre l'uso di antibiotici, da somministrare di solito per via parenterale, va riservato ai casi in cui vi è una eziologia batterica con febbre, compromissione delle condizioni generali e quadro settico. Il comunicare e chiarire le motivazioni di una impostazione terapeutica creerà un clima di collaborazione e favorirà una migliore adesione alla terapia stessa. In questo oggi il pediatra è oggi, rispetto ad un tempo, molto agevolato in quanto in alcuni casi con i test rapidi può giungere al letto dell'ammalato celermente ad una diagnosi attendibile.

- Il quadro clinico generale è inoltre di estrema importanza per la diagnosi e la terapia che ne deriverà. Importanti sono l'umore del bambino, la reattività, la partecipazione alla visita, l'appetito, la cenestesi durante la febbre e, quando per effetto degli antipiretici, è sfebbrato, la compromissione o meno delle condizioni generali, elementi tutti che di solito sono più gravi nelle infezioni batteriche. Per rilevare alcuni aspetti clinici a volte sfumati, una buona comunicazione con il bambino e con la famiglia e il buon rapporto interpersonale possono risultare determinanti e facilitare l'approccio e il dialogo e rappresentando così il cardine per una diagnosi e terapia appropriata e mirata

- come nel mito di Pandora che dal suo orcio elargiva tutti i doni, non solo quelli buoni ma anche quelli cattivi, così dall'armamentario terapeutico degli antibiotici si possono ottenere effetti benefici ma anche effetti indesiderati e avversi che vanno opportunamente tenuti presenti (11).

Quando si deve comunque ricorrere ad un antibiotico, particolare attenzione andrà posta nel saper comunicare quanto segue:

- le malattie hanno un loro decorso che, se di origine batterica, può essere influenzato dall'antibiotico ma non immediatamente bloccato;

- per malattie batteriche banali è meglio usare farmaci a spettro d'azione limitato per non sprecare e rendere inefficaci farmaci più potenti;

- la via orale è, quando possibile, quella da preferire se il farmaco raggiunge livelli terapeutici nel sangue e nella sede di infezione;

- l'inappropriata terapia antibiotica così come la profilassi non raggiungono lo scopo e favoriscono le resistenze;

- le dosi e la durata della terapia non vanno modificate e vanno comunque concordate con il pediatra per non renderle inefficaci favorendo recidive e comparsa di patogeni resistenti. A tale proposito è bene che il pediatra ricordi come da recenti indagini risulta che solo il 50% dei pazienti seguono le terapie farmacologiche, soprattutto quelle a lungo termine e ancora minore è il numero di pazienti che cambiano lo stile di vita. Nonostante l'impegno del pediatra e del bambino-genitori, deliberatamente o no, vi sono discrete probabilità che i consigli forniti non vengano seguiti nella maniera adeguata perché il voler guarire non si identifica con il volersi curare. In seguito a ciò è stato proposto un nuovo rapporto medico-paziente nel quale, per migliorare la compliance, viene "amichevole" negoziato e concordato l'iter terapeutico e/o dietetico e/o di stile di vita, fra quello ideale e quello fattibile, che comunque però deve essere quello indispensabile (12).

Da quanto sopra esposto appare evidente che la comunicazione assume, nel rapporto pediatra, piccolo paziente-genitori, un ruolo non solo diagnostico ma anche terapeutico e preventivo.

La comunicazione è infatti uno straordinario strumento di diagnosi dato che solo attraverso una buona anamnesi e un dialogo partecipatosi può giungere ad un inquadramento diagnostico. Il saper ascoltare i genitori, con tutte le loro ansie e angosce, e quando possibile anche il bambino, consentirà l'accesso al complesso mondo soggettivo del piccolo malato e l'acquisizione di elementi insostituibili per l'impostazione diagnostica (4,5). Come un tempo è più facile, da un buon rapporto interpersonale, ottenere tutti quegli elementi che sono la base per una corretta diagnosi.

La comunicazione ha anche un valore terapeutico perché può favorire una corretta adesione alle indicazioni assistenziali e terapeutiche e può non raramente prevenire imprevedibili reazioni emotive della famiglia tutta che possono creare disagi, far perdere una serena obiettività e talora contribuire a far precipitare la situazione clinica. In questi casi la parola del medico può, soprattutto quando si è in attesa che i farmaci esplicino il loro effetto curativo, aiutare a guarire in quanto detende la sofferenza, può rendere più breve la notte e più leggero l'affanno, può fugare i fantasmi della paura e dissimulare l'ansia che frastuona i pensieri.

Soprattutto oggi in cui non esiste più la famiglia patriarcale con la sua saggezza e il suo sostegno partecipativo, e il nucleo familiare è costituito dai genitori di solito un po' attempati con un unico figlio, la malattia di quest'ultimo crea un senso di vuoto, di solitudine e il panico per cui una parola di speranza, ripetuta a volte per telefono quando il buio sembra farsi più fitto, può rappresentare il conforto per dipanare l'angoscia, anche se mantiene il cuore in gola e non trattiene ne riesce a contare le lacrime. Quella parola rassicurante, pronunciata sottovoce, quando il dolore sembra essere più lacerante permette di esplorare gli abissi di umanità potenzialmente racchiusi in un autentico rapporto pediatra bambino-genitori e dà la dimensione del pediatra e della sacralità della medicina (4).

Sul piano preventivo infine la disponibilità al dialogo da parte del medico è la premessa perché la famiglia tutta, con risvolti positivi a volte non solo per il bambino, assuma ad esempio criteri alimentari o stili di vita meno a rischio cam-

biando abitudini comportamentali. È un tipo di approccio che coinvolge non solo scienza, coscienza ed esperienza del pediatra, ma anche umanità, equilibrio interiore, eticità, cordialità e la sua creatività, per trovare per ogni momento e in ogni famiglia parole capaci di suscitare una rispondenza che nessun sistema informativo è in grado di ottenere. Se la parola del pediatra riuscirà a far partecipare tutta la famiglia in senso attivo alla gestione della salute, avrà realizzato un processo di educazione alla salute dimostrando che l'atto medico comporta sapere, saper fare e saper essere e arricchendo così di significato e di stima il nostro essere medici.

Valorizzando nell'ottica su riportata una adeguata "comunicazione" è più facile per il pediatra porsi dalla parte del bambino raggiungendo il massimo di efficacia, essenzialità, semplicità, trasparenza, disponibilità al dialogo e al confronto, umanizzazione, gradimento, e, pur seguendo delle linee guida soprattutto per quanto riguarda la terapia antibiotica, la personalizzazione delle cure, onde evitare eccesso di tecnicismo, interventismo, iper medicalizzazione e garantire la migliore qualità di salute fino dall'età neonatale.

Sarà così più facile, anche per il pediatra, in un momento psicologico particolarmente difficile per i familiari, e per il sovrapporsi di linguaggi tecnici, assumere atteggiamenti e posizioni pratiche ed efficaci a stabilire rapporti interumani validi e accettati dai nostri pazienti e dai loro congiunti.

Noi vorremo farci capire dai genitori e i genitori vorrebbero far capire a noi le esigenze loro e dei loro neonati o bambini ma senza una buona comunicazione spesso il risultato non è soddisfacente. Tutto questo per un insieme di motivi ma in particolare, per la patologia presente.

In pratica, nonostante l'impegno e i tanti anni di lavoro, certe volte è difficile capirsi.

Non raramente il pediatra si gioca la reputazione non tanto per la qualità delle cure ma per l'insoddisfazione nei rapporti interumani (13).

A volte esiste, e non solo da parte dei parenti, la difficoltà di usare un linguaggio comune per creare una base di partenza atta ad oggettivare le problematiche che sorgono e faccia comprendere il nostro fermo e indiscutibile impegno morale a restare dalla parte dei bambini e dei loro cari e a non cadere in pratiche istituzionali tali che l'assistenza divenga uno strumento di punizione.

È indispensabile pertanto tenere in dovuto conto i genitori, il loro bisogno di conoscenza e di controllo razionale della situazione, al fine di ridurre la loro ansia, il loro disagio dato che il familiare che si propone in maniera adeguata al neonato e al bambino, determina una situazione di serenità, infonde fiducia e aiuta a prevenire agitazione, ansia, paure e frustrazioni: sono il cardine per una più rapida guarigione (14).

Considerazioni conclusive

Nell'evoluzione della storia della medicina dal medico preistorico stregone e/o sacerdote, si è giunti al medico ippocratico, al medico medievale, al moderno medico scienziato. Ciò nonostante il pediatra che cura non sempre corrisponde a quello della fantasia del paziente e dei loro genitori e questi a loro volta si discostano da quello che noi vorremmo fosse il modello ideale del nostro assistito e dei suoi genitori. Ogni visita pediatrica culmina con delle raccomandazioni ma nonostante il serio impegno da entrambe le parti e le conseguenze sulla salute, deliberatamente o no, non pochi pazienti e i loro familiari mettono in pratica in modo inadeguato i vari consigli forniti. Ciò significa che la ricerca scientifica accresce il sapere e l'abilità, ma la comunicazione e il rapporto interumano non sono pianificabili e si sviluppano, sempre so-

spesi fra scienza ed ethos, come conquista individuale del pediatra: attraverso l'intimità con i suoi malati, il pediatra perviene all'esperienza di vita.

Emerge così tutto il potenziale spessore etico dell'atto del pediatra che, pur fondandosi su competenza professionale, aggiornamento permanente, capacità di sintesi e intuito clinico, deve tenere in dovuto conto che, come ci insegna la moderna psico-neuro-endocrino-immunologia, molti fattori psichici possono tradursi in malattia e pertanto vanno evitati stabilendo col malato e con i suoi familiari rapporti che vanno oltre i più immediati aspetti organicistici.

La stessa personalità del pediatra diventa così in maniera legittima una forza guaritrice, senza bisogno che egli sia un mago o un salvatore, senza suggestione, senza alcun inganno (3). La prescrizione di un farmaco non dovrebbe quindi essere considerata atto a se stante, ma come un momento costitutivo della globalità dell'intervento del pediatra in cui, insieme ai farmaci, questi deve saper somministrare al bambino anche se stesso, con il carisma derivatogli dal sapere, dal saper fare, e dal saper essere e dalla capacità di suscitare quella fiducia conferitagli dal suo ruolo, in un sinergismo di effetti che rinforza il potere terapeutico del farmaco vero (5).

Ippocrate affermava che tutte le parti dell'organismo formano un cerchio per cui ogni parte è sia il principio sia la fine. In questa ottica di unitarietà, per un rapporto di successo fra Pediatra-Bambino-Genitori, scienza e umanesimo hanno oggi, ancor più di un tempo, confini sfumati che si intrecciano fra loro attraverso la comunicazione, strumento privilegiato e indispensabile.

Bibliografia

- 1 - Koelbing H. M.: Storia della Terapia Medica Ciba Geigy Edizioni 1989.
- 2 - Cosmacini G.: Medicina e inguaribilità. Una prospettiva storica. L'Arco di Giano 1998; 16: 163-168.
- 3 - Jaspers K.: Il medico nell'età della tecnica. Cortina Ed. 1991.
- 4 - Burgio R.G.: La comunicazione in pediatria. UTET Ed. 1999.
- 5 - Domenichelli B.: Le parole del cuore nella pratica di un cardiologo. L'Arco Di Giano 1998; 17: 55-66.
- 6 - Domenichelli B.: Il conflitto originale: attese versus realtà. L'Arco Di Giano. 2000; 23: 31-40.
- 7 - Barsky A.: The paradox of health. N.Engl. J. Med. 1988; 218: 414-418.
- 8 - Caramia G.: Terapia Antiinfettiva Pediatrica. Piccin Ed. Padova. 1983.
- 9 - Caramia G.: Moderna valutazione clinico-diagnostica delle affezioni acute adeno-tonsillari. Giornate Pediatriche Meridionali. G. De Nicola Ed. 1999; 33-44.
- 10 - Studio Pueris: Indagine conoscitiva sulla diarrea acuta in età pediatrica in Italia. In corso di stampa.
- 11 - Caramia G., Ruffini E.: Infezioni e farmacoterapia pediatrica. Mattioli Ed. Fidenza. 1999.
- 12 - Rinnenburger D.: Il processo di negoziazione della terapia con il paziente. L'Arco di Giano. 2000; 24: 55-61.
- 13 - Caramia G.: Quando il malato è bambino. Anime e corpi. 1993; 149: 321-334.
- 14 - Caramia G.: Considerazioni sugli aspetti assistenziali, umani e legali dal nido alla pediatria. IV Incontro Insieme per Crescere. Abano Terme 1-3 Dicembre. 1999; 103-104.