

Come è difficile insegnargli a volare

La famiglia è un nido, ma il lavoro dei genitori consiste anche nell'aiutare i figli a divenire autonomi.

Lino Bellu,
primario di
Pediatria presso
l'Ospedale Civile
San Giovanni
di Dio a Olbia.



Alzi la mano chi fra i genitori non ha detto o pensato (e fra i figli non ha mai sentito dire) almeno una delle frasi dei 'fumetti' inseriti in queste pagine. A mente fredda non è difficile capire che questi messaggi e mille altri vanno in una direzione opposta a quella indicata dal titolo. «Difficilmente lasciamo i nostri ragazzi liberi di 'volare'», riassume con una metafora Lino Bellu, primario di Pediatria presso l'Ospedale Civile San Giovanni di Dio a Olbia. Questo vale per tutti ovviamente. Del resto noi italiani siamo noti nel mondo per il nostro 'mammismo'. «Qui in Sardegna vengono famiglie da tutta Europa. La differenza si vede nel comportamento delle madri con i figli», nota Bellu. Esistono, ma sono rari, i casi in cui una famiglia agisce in maniera da rendere progressivamente autonomi i figli. «Questo vale per tutti, e vale ancora di più quando in gioco c'è anche un problema di salute, una condizione cronica come il diabete, l'asma o mille altre», nota Bellu. In questo caso tutto è ancora più difficile. Esiste infatti – soprattutto quando il diabete si presenta nei primi anni di vita – un'esigenza che inizialmente è reale di attenzioni e cure da parte dei genitori. «Ma il percorso ideale è quello in cui i genitori limitano gradatamente il loro ruolo permettendo, anzi invitando il figlio, a prendere sempre di più in mano la gestione della cura. All'inizio imparerà a fare le glicemie, 7 anni possono essere più che sufficienti. A 12 è normale che si facciano da soli le iniezioni, soprattutto con la penna e che sappiano risolvere una iniziale ipoglicemia, a 14 sono già in

*Guarda che se non fai
le glicemie poi il dottore
ti fa fare più iniezioni*



10

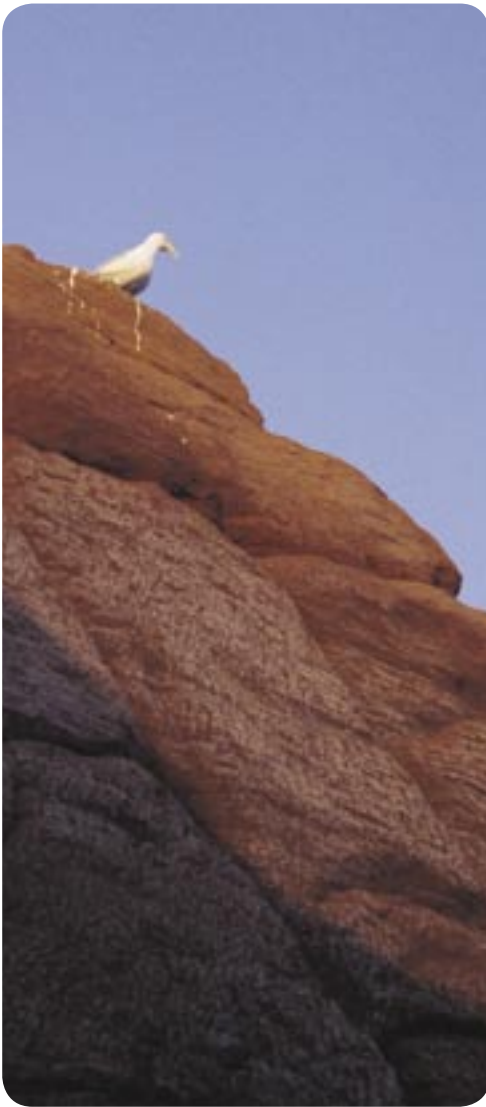
**Pratiche
e affidabili.**



ACCU-FINE®
La qualità.
Prima di tutto.

**Sicuri
e funzionali.**





grado di prendere decisioni, adeguando la dose al pasto o all'esercizio fisico che prevedono di fare. Poco dopo, direi al massimo a 16 anni, possono venire da soli al colloquio con il Team e gestire in autonomia tutti gli aspetti della terapia. Se uno di questi traguardi viene tagliato prima, meglio ancora».

Pare già di sentire le obiezioni dei genitori: «Sì, questo forse vale per gli altri ma per mio figlio...». In realtà sono ben pochi, se esistono, i casi in cui davvero non è possibile seguire questa o altre 'tabelle di marcia'. «Man mano che il bambino cresce, in gioco c'è sempre meno un'esigenza reale di cura da parte dei genitori e sempre di più la loro ansia, che spesso è trasferita e condivisa dal figlio», afferma Bellu. L'autonomia è fondamentale per il successo a lungo termine della terapia e questo per due ragioni: prima o poi questo ragazzo si troverà fuori dalla protezione della famiglia. Quali capacità avrà di gestire con autonomia il suo diabete? In secondo luogo quando l'iperprotezione si esprime attraverso divieti e imposizioni materne, la fase di distacco adolescenziale finisce più spesso per coinvolgere anche la qualità del compenso glicemico. Insomma, famiglie protettive e oppressive creano adolescenti che o non sanno o non vogliono seguire la terapia». Frequente è anche il caso in cui la terapia del diabete non viene 'capita'. «Quando vedo diari glicemici riempiti con colonne di numeri, dove magari la stessa iper o ipoglicemia si ripete ogni giorno alla stessa ora senza che mai sia stata pensata

*Libertà, libertà...
quando avrà 18 anni
deciderà lei. Fino a
quel momento alle cure
ci penso io*

*Preferisco
non farla giocare fuori
a scalmanarsi. Se sta
davanti alla tv non le
succede niente*

*'Normale',
sì, è bello da dire. Se è
normale, allora perché
dobbiamo fare
queste cure?*

*Hanno un bel dire i medici,
poi se le succede qualcosa,
la figlia è mia, mica loro*

*Meglio che non faccia
il tempo pieno a scuola. Così
mangia a casa e le faccio le
sue iniezioni*



Possibili tappe di un 'percorso di liberazione'

- ❑ a 7-8 anni un bambino è in grado di misurare da solo la glicemia;
- ❑ a 10-12 anni un ragazzo dovrebbe essere in grado di praticarsi iniezioni con una penna;
- ❑ a 14 anni, anche prima, è in grado di fare piccoli aggiustamenti alla terapia e di gestire una crisi ipoglicemica;
- ❑ a 16 anni può andare da solo agli incontri con il medico e seguire in ogni suo aspetto la terapia.



una variazione nella terapia o nel pasto, mi viene voglia di buttarli nel cestino», esclama Bellu, «significa che nella famiglia si è creata una visione sbagliata della terapia».

Una visione errata viene a crearsi anche quando il Pediatra o il Team viene presentato come un alleato dei genitori 'contro il bambino', se non come una riedizione dell'«Uomo nero». «Non è facile impostare un rapporto di fiducia e di collaborazione», fa notare sorridendo il primario di Pediatria di Olbia, «con un bambino che si sente dire come minaccia 'guarda che lo dico al dottor Bellu' oppure, 'chissà cosa dirà il dottor Bellu'».

Anche il Team diabetologico pediatrico, bisogna dirlo, ha le sue responsabilità. «Non sempre facciamo abbastanza per gestire le ansie dei genitori, non sempre stimoliamo i ragazzi a intraprendere un 'percorso di liberazione', non sempre ci rendiamo conto di come possono essere letti i messaggi che lanciamo e a volte troviamo perfino comodo che nella famiglia si crei un certo clima», ammette Bellu. Combattere l'inquietudine o perlomeno ridurla è possibile con l'informazione. «Prendiamo i padri per esempio: spesso non vengono neppure ai

colloqui, si estraniano ritenendo la cura 'una cosa da donne'. Quando intervengono è spesso solo per raccomandare 'che non si sappia in giro'. In realtà però provano un'enorme ansia che li paralizza. Se riusciamo a spiegare loro cosa è e cosa non è il diabete riusciamo a moderare questa incertezza», nota il pediatra sardo. Per comodità il Team si rivolge ai genitori, fra adulti capirsi è più facile. Così facendo però si perde un'occasione per coinvolgere davvero il bambino e si rischia di mandare messaggi che in sé sono corretti, ma che vengono poi distorti e amplificati nella vita familiare. «Prendiamo le ipoglicemie per esempio. Un doveroso accenno al pericolo potenziale e remoto di una crisi ipoglicemica severa potrebbe porre le basi per un clima di terrore in tutte le situazioni in cui il bambino potrebbe trovarsi lontano dalla mamma», riflette Bellu. Capita anche che un pediatra ansioso (anche i medici sono emotivamente parte in causa) si senta più garantito da un contesto familiare nel quale il bambino è tenuto lontano da ogni rischio e ogni possibile trasgressione. «I bambini tenuti sotto una 'campana di vetro' hanno delle glicemie perfette, non hanno nemmeno una ipoglicemia severa... ma poi?», si chiede Bellu.

È una domanda retorica. Quando la 'gabbia' per forza di cose si apre, il ragazzo non è adeguato alla situazione. Non ha imparato a volare. Esiste la concreta possibilità che i 'guadagni' accumulati in anni di 'tirannia glicemica' vengano persi in pochi mesi di trasgressioni. «Soprattutto avrà difficoltà a sentirsi davvero protagonista della sua terapia e della sua vita», profetizza Bellu.

E allora? «Dobbiamo tutti prendere dei rischi», risponde dal reparto di Pediatria dell'Ospedale di Olbia; «genitori e Team devono capire insieme quali sono gli obiettivi di lungo termine: crescere adulti responsabili in grado di essere davvero protagonisti e dobbiamo avere il coraggio di accettare – in nome di questo fine – qualche glicemia sbalata o qualche ipo. E soprattutto, cosa più difficile, capire che il nostro fine è divenire... sempre meno indispensabili».