

# Relazione genitoriale e relazione terapeutica nell'ambulatorio del pediatra

Francesco Ciotti

Pediatra e neuropsichiatra infantile, ACP Romagna, Cesena

## Abstract

### *Parent-child relation and therapeutic relation in the paediatrician's office*

*The paediatrician's office is a good setting for observing and understanding a problematic parent-child relation of even a problematic parent-paediatrician relation. An good evaluation can begin by observing the child's behaviour in the paediatrician's office, and afterwards, by evaluating if both the paediatrician and the parent's points of view regarding the child's health needs are in tune and based on a solid collaboration. The visit context can be compared to a strange situation based on Crittenden criteria. Practical and conceptual tools for a paediatrician, derived from the basic principles of counselling, can give parents a positive relational experience for both their well being and their child's.*

Quaderni acp 2008; 15(2): 78-82

**Key words** Parent-child relation. Ambulatory care. Strange situation

Una relazione problematica di un genitore con il suo bambino e anche una relazione problematica fra genitore e pediatra possono essere osservate e comprese nell'ambulatorio del pediatra. Questa valutazione può essere fatta partendo dalla presenza o assenza di sintonia e collaborazione tra il punto di vista del genitore e quello del pediatra sui bisogni sanitari del bambino e attraverso l'osservazione sul comportamento del bambino durante la visita pediatrica. Il contesto della visita ambulatoriale può essere assimilato a una "strange situation" secondo i criteri della Crittenden. I principi del counselling mettono a disposizione del pediatra gli strumenti concettuali e pratici per fornire al genitore una esperienza relazionale positiva per il benessere del genitore e del bambino.

**Parole chiave** Relazione genitore-bambino. Visita ambulatoriale. Strange situation

## Accordo-disaccordo fra genitore e pediatra su necessità della visita e del trattamento

Nel 1992 Eminson e Postlethwaite, nel trattare la diagnosi del disturbo fittizio (*factitious illness*), hanno proposto di prendere in considerazione il consenso o l'accordo tra genitore e pediatra sulla necessità della visita pediatrica al bambino, quale indicatore dell'abilità del genitore a riconoscere i bisogni del proprio figlio [1].

Secondo questi Autori, nella maggior parte dei casi, il pediatra si trova d'accordo con la decisione del genitore di richiedere la consultazione e il genitore accoglie favorevolmente la risposta del pediatra ai propri bisogni: ascolta i consigli del medico e li mette in pratica. In altre parole c'è una buona sintonizzazione e negoziazione tra bisogni del genitore e risposte del pediatra, per il quale il genitore sa riconoscere in maniera suffi-

cientemente accorta i bisogni sanitari del bambino.

Dentro questo range di "normalità" stanno anche quei genitori che consultano il medico per sintomi lievi o che attuano puntigliosamente le terapie o che richiedono spesso dei farmaci. E vi si trovano anche coloro che, per contro, portano il bambino dal medico un po' più tardi del dovuto o che non eseguono fedelmente le terapie.

In alcuni casi invece fra genitore e pediatra si registra un disaccordo rilevante sulla necessità della visita e sulla opportunità dei trattamenti (*tabella 1*).

Su un versante si trovano quei genitori che non portano il bambino alla visita quando sarebbe opportuno, o lo portano troppo tardi anche in caso di sintomi importanti e/o non eseguono i trattamenti indicati e necessari, trascurando e mettendo in pericolo il benessere del bambino.

Sul versante opposto si collocano quei genitori che consultano uno o più medici per piccoli problemi di salute o anche in assenza di sintomi, fino a inventarsene alcuni per ottenere dal medico indagini diagnostiche e terapie non necessarie, o per somministrare farmaci inutili o dannosi, in assenza o contro lo stesso parere del medico. In entrambi i casi (quello della intrusività genitoriale fino alla malattia procurata, *Munchausen by proxy*, e quello della trascuratezza, *neglect*), il pediatra ritiene il genitore incapace di riconoscere i bisogni del bambino, con grande difficoltà, se non l'impossibilità, a una negoziazione efficace tra i rispettivi piani mentali, e dunque tra i bisogni sentiti dal genitore e le risposte ritenute opportune dal pediatra. Secondo Eminson e Postlethwaite, tale assenza di sintonia tra genitore e pediatra è indicatrice di una assenza di sintonia tra genitore e figlio, in quanto il genitore o nega o amplifica impropriamente i bisogni del bambino [1].

Secondo gli stessi Autori, i fattori che interferiscono con le abilità del genitore nel riconoscere i bisogni del proprio figlio sono:

- ▶ fattori intrinseci al bambino (come: temperamento difficile, malattia cronica);
- ▶ fattori relativi alla società (come: media che enfatizzano l'ansia generale per la salute, allarme sociale sulle assistenti sociali che "rubano" i bambini);
- ▶ fattori intrinseci al genitore, quali fattori cognitivi (scarsa capacità intellettuale) o fattori emotivi legati alla storia personale (esperienze di lutto o di abuso precoci e soprattutto esperienze di attaccamento difficili e insicure con i propri genitori).

## Relazione medico-paziente e stile di attaccamento

Secondo Liotti la relazione medico-paziente in generale è un luogo privilegiato

Per corrispondenza:  
Francesco Ciotti  
e-mail: [loretta139@inwind.it](mailto:loretta139@inwind.it)

il punto su

di attivazione e di osservazione dello stile di attaccamento del paziente, il quale ripropone, nella relazione con la figura di accudimento-medico, gli stessi schemi di relazione interpersonale che ha appreso nella relazione con i genitori, in cui il sistema di attaccamento si è costruito nell'età evolutiva [2]. Fra gli indicatori più comuni dell'attivazione di un originario pattern di attaccamento insicuro all'interno della relazione medico-paziente, Liotti indica la richiesta insistente di rassicurazioni, unita alla resistenza ad accoglierle quando sono fornite (nell'attaccamento ansioso-resistente) e la tendenza a evitare il medico o a parlare con lui il meno possibile (nell'attaccamento evitante). D'altra parte, all'interno di un attaccamento insicuro, sono più frequenti anche le esperienze di abnorme competizione da un lato e di continua critica e umiliazione che attivano il sistema competitivo interpersonale di dominanza e sottomissione. Di conseguenza nella relazione medico-paziente, di per sé potenzialmente asimmetrica e gerarchica col potere-sapere squilibrato dal lato del medico, il paziente con attaccamento insicuro attiva facilmente comportamenti di dominanza-sottomissione, quali paura a esprimere pensieri e sentimenti per vergogna di giudizi negativi o rimproveri, accanto a comportamenti oppositivi, manipolatori o ingannatori riguardo a sintomi, esami o terapie da eseguire. Nel 1992 Crittenden, nella descrizione della relazione di attaccamento madre-bambino in età prescolare, pone la strategia di negoziazione tra i piani mentali di genitore e bambino di fronte allo stress della "strange situation" come criterio fondamentale per classificare il pattern di attaccamento tra i due (tabella 2) [3]. Quando la relazione di attaccamento è sicura, il bambino riesce a separarsi dalla madre dopo una buona negoziazione, in cui i due comunicano apertamente i bisogni, i piani e i sentimenti di ciascuno; alla fine, confrontando i reciproci punti di vista, raggiungono un accordo sull'azione di separazione della madre e sullo stato di solitudine del bambino che resta in attesa del ritorno certo della madre. Quando la relazione di attaccamento è ansioso-resistente, il bambino rifiuta di negoziare perché non si fida della propria figura di attaccamento; presenta il proprio punto di vista in maniera esasperata,

**TABELLA 1: ACCORDO FRA GENITORI E PEDIATRA SULLA NECESSITÀ DELLA CONSULTAZIONE E SULLE INDICAZIONI MEDICHE**

Disaccordo	Buon accordo	Disaccordo
Madre che trascura i bisogni sanitari del bambino <i>(Relazione trascurante)</i>	Madre che sa riconoscere i bisogni sanitari del bambino <i>(Relazione sicura)</i>	Madre che esagera o inventa i bisogni sanitari del bambino <i>(Relazione ansiosa)</i>
La madre porta il bambino in maniera tardiva anche per problemi gravi. La madre ignora i sintomi e/o ignora le indicazioni diagnostiche e terapeutiche del medico.	Consulta appropriatamente il pediatra e applica le sue indicazioni. A volte può consultarlo anche per sintomi lievi o banali oppure può trascurare qualche sintomo non rilevante. Può talora dimenticarsi una indicazione oppure essere puntigliosa nell'aderire alle indicazioni.	La madre consulta il medico per problemi inesistenti, fino a inventare o a procurare i sintomi al bambino. Vuole che siano prescritte medicine anche senza malattie e, se il medico le nega, le somministra per conto proprio.

**TABELLA 2: ATTACCOMENTO IN ETÀ PRESCOLARE ALLA STRANGE SITUATION**

Stile evitante <i>Pattern di negoziazione</i>	Stile sicuro <i>Pattern di negoziazione</i>	Stile ansioso-resistente <i>Pattern di negoziazione</i>
Il bambino reprime i propri desideri e sentimenti e fa finta di niente. Cerca di prevedere ciò che il genitore si aspetta da lui e agisce di conseguenza. Evita di esprimere i propri desideri e cerca di aderire al punto di vista del genitore. Cerca di risolvere da solo i propri problemi.	Il bambino trasmette il suo punto di vista per negoziare. Nel gioco o all'uscita del genitore considera e rispetta il suo punto di vista. Il genitore riconosce il punto di vista del bambino e gli dà modo di rappresentarsi ciò che accade durante la separazione. C'è comunicazione chiara ed esplicita dei riferimenti e dei piani di ciascuno.	Il bambino rifiuta il punto di vista del genitore. Il bambino presenta il proprio punto di vista in maniera esasperata, coercitiva, imperativa, rifiutando quello del genitore perché non si fida di lui. Il genitore non è in grado di spiegargli apertamente le cose e di fargli rappresentare chiaramente la separazione.

coercitiva, imperativa, rifiutando quello della madre; inoltre utilizza strumentalmente l'espressione esagerata dei propri stati affettivi per ottenere che la madre non si separi da lui e per soddisfare solo il proprio bisogno senza riconoscere quello della madre. Anche nella relazione di attaccamento evitante, il bambino rifiuta di negoziare, ma per aderire passivamente ai bisogni della madre; evita di esprimere i propri desideri e i propri stati affettivi, cerca di assumere il punto di vista del genitore e di prevedere ciò che il genitore si aspetta da lui, agendo di conseguenza e accettando senza alcuna discussione e negoziato che la madre se ne vada dalla stanza e lo lasci solo. In una ricerca di Ciotti e Lambruschi del 1996, 45 bambini in età prescolare, clas-

sificati per l'attaccamento con la "strange situation" secondo i criteri della Crittenden, venivano osservati anche nel contesto della visita ambulatoriale a 3 anni, potendo la visita stessa essere ritenuta un contesto "strange", in cui il sistema di attaccamento è potentemente attivato, essendo il bambino esposto a una condizione particolare di vulnerabilità [4]. Per questo gli Autori si aspettano che tale situazione potesse discriminare in qualche modo i vari pattern relazionali: in funzione del proprio stile di relazione ogni bambino utilizza strategie molto diverse per far fronte allo stress della visita medica. L'osservazione del comportamento del bambino nel rapporto con le figure di accudimento presenti in ambulatorio era

condotta utilizzando una semplice griglia di osservazione in cui la visita era suddivisa in fasi: ingresso, spogliazione, visita, vestizione, consigli finali. Per ogni fase venivano descritti i comportamenti del bambino e, reciprocamente, i comportamenti del genitore sulla base dei seguenti criteri: mantenimento e ricerca del contatto fisico con la madre (al limite, aggrappamento) vs mancanza ed evitamento del contatto fisico; comportamenti cauti, diffidenti e “paurosi” verso il pediatra e l’ambiente vs comportamenti di libera esplorazione; comportamenti pacati e rilassati vs comportamenti arrabbiati e aggressivi; comportamenti collaborativi vs comportamenti oppositivi, negativisti o di sfida. Nella stessa visita pediatrica veniva proposto al bambino il test di Denver per lo sviluppo psicomotorio. I risultati della ricerca furono interessanti.

- ▶ Dei 16 bambini con attaccamento madre-bambino sicuro, alla “strange situation” in ambulatorio pediatrico, solo 1 presentò i comportamenti problematici della serie precedente.
- ▶ Dei 22 bambini con attaccamento ansioso resistente ben 11, ossia la metà, in ambulatorio manifestavano comportamenti problematici che rendevano difficile o impossibile la visita medica e l’esecuzione del test di Denver: contatto stretto e aggrappamento alla madre, rifiuto e opposizione alla visita, paura e diffidenza verso il medico.
- ▶ I bambini con attaccamento evitante tendevano per lo più a comportarsi in maniera apparentemente collaborativa come i sicuri, accettando le proposte e la visita del pediatra (tabella 3).

In altre parole, in questa esperienza, se si considera la visita medica come una “strange situation” a debole intensità per il bambino: a) quello con attaccamento sicuro alla madre negozia con la madre e con il pediatra l’esecuzione della visita e collabora; b) il bambino con attaccamento evitante aderisce passivamente alle richieste della madre e collabora alla visita; c) il bambino con attaccamento ansioso-resistente non negozia e si oppone alla visita e al pediatra, attivando in maniera estrema il sistema dell’attaccamento e aggrappandosi alla madre.

**TABELLA 3: ATTACCAMENTO IN ETÀ PRESCOLARE. COMPORTAMENTI PROBLEMATICI DEL BAMBINO NELLA VISITA MEDICA SU QUATTRO DIMENSIONI (PAURA/DIFFIDENZA, PROSSIMITÀ FISICA ALLA MADRE, OPPOSITIVISMO, AGGRESSIVITÀ) E COMPLIANCE AL TEST DI DENVER**

	Stile evitante	Stile sicuro	Stile ansioso
Comportamenti problematici	2	1	11
Rifiuto test di Denver	0	0	4
<b>Totale</b>	<b>7</b>	<b>16</b>	<b>22</b>

### Relazione madre-pediatra e attaccamento madre-bambino

L’osservazione proposta da Eminson e Postletwaite [1], relativa alla presenza o assenza di sintonia e collaborazione tra punto di vista del genitore e punto di vista del pediatra sui bisogni sanitari del bambino, e l’osservazione proposta da Ciotti e Lambruschi [4] sul comportamento del bambino di età prescolare in ambulatorio pediatrico, possono costituire due strumenti complementari nelle mani del pediatra per ipotizzare, a partire da una sua relazione problematica con quella madre, una relazione della madre con quel bambino o di tipo trascurante con rischio di sviluppo di attaccamento evitante, o di tipo intrusivo con rischio di sviluppo di attaccamento ansioso resistente.

Serve al pediatra fare queste ipotesi sulla relazione genitore-bambino? E soprattutto le ipotesi del pediatra sono di qualche utilità per quella madre e per quel bambino?

A questo proposito Mantovani e coll. segnalano il rischio che la formazione relazionale del medico tenda ad accentuare il suo atteggiamento critico nei confronti delle madri e a notare i fattori di incompetenza e di rischio, anziché a rilevare le risorse positive, seppure ancora confuse e non del tutto organizzate [5]. D’altra parte gli stessi Autori sottolineano che un buon pediatra deve far aumentare la consapevolezza, la competenza e la fiducia dei genitori, ma anche garantire che il bambino riceva dai genitori cure adeguate ed equilibrate, libere sia da eccessi di attenzioni e di ansie, sia da trascuratezza e negligenza.

Da parte sua Liotti indica allo psicoterapeuta, in particolare, e al medico, in generale, di sviluppare col paziente una relazione affatto gerarchica e giudicante,

bensì paritetica e collaborativa, soprattutto quando il paziente si dimostri problematico, imponendosi o sfuggendo la relazione [2]. Per questo occorre che il medico condivida con il paziente gli obiettivi della consultazione, manifesti apertamente, seppur se cautamente, i dubbi circa la validità dei propri punti di vista, chieda lumi al paziente per chiarire tali dubbi, spieghi con cura e sincerità i motivi che stanno alla base delle sue decisioni e dei suoi consigli, cerchi, ogni volta che sia possibile, un ragionevole compromesso riguardo a comprensibili richieste del paziente. Queste modalità mirano a facilitare nel paziente una esperienza emozionale correttiva rispetto a precedenti esperienze interpersonali di abnorme competizione o di continua critica e umiliazione.

Da un punto di vista etologico è altamente probabile che qualunque relazione sufficientemente sicura sul piano dell’attaccamento e sufficientemente paritetica dal punto di vista della dominanza-sottomissione abbia effetti benefici sulla salute psichica dell’individuo e sia, perciò, più o meno “terapeutica” per colui che nella propria storia familiare abbia sperimentato relazioni insicure per l’attaccamento e competitive-aggressive per la dominanza-sottomissione. In altre parole una relazione madre-pediatra di tipo collaborativo e paritetico può costituire per una madre con attaccamento insicuro una esperienza emozionale correttiva, capace di funzionare come fattore protettivo e correttivo rispetto allo stile relazionale che la madre ha con le figure affettivamente significative in generale e col suo bambino in particolare. Per contro, una relazione madre-pediatra conflittuale e competitiva può essere ritenuta un potenziale fattore di rischio unico o ulteriore per lo sviluppo di quella relazione genitoriale (figura 1).



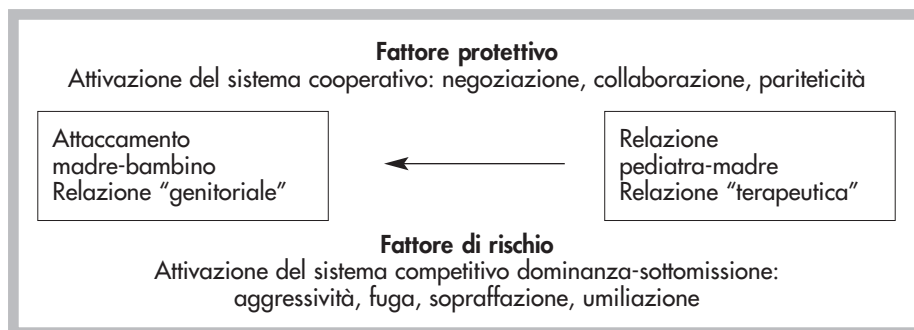
Su questa linea Mantovani e coll., in merito allo sviluppo di una relazione sicura e paritetica tra pediatra e madre del bambino, indicano una serie di accorgimenti utili per il pediatra come guida alla comunicazione con la madre, quali [5]:

- ▶ usare il più possibile il nome del bambino;
- ▶ evitare termini tecnici;
- ▶ cercare di far capire che il pediatra ritiene molto importante l'opinione della mamma;
- ▶ non minimizzare i dubbi e le preoccupazioni della mamma;
- ▶ non esprimere giudizi su ciò che dice;
- ▶ mostrare di ascoltare con interesse ed empatia;
- ▶ porre le domande in modo aperto e flessibile;
- ▶ adattare e semplificare le domande;
- ▶ prendere brevi note, ascoltare la mamma guardandola, eventualmente completando le note dopo l'uscita della mamma.

I principi enucleati da Liotti e raccomandati dal gruppo di Mantovani costituiscono la base per lo sviluppo di una relazione sicura e collaborativa e sono infatti i principi della "negoziatura" che abbiamo visto caratterizzare la strategia dell'attaccamento sicuro in età prescolare. Questi principi sono gli stessi che si trovano esposti come linea guida per "Negoziare e Programmare" nella scheda Calgary-Cambridge, utilizzata in diverse ricerche come strumento per l'intervento di counselling [6] (tabella 4):

- ▶ il medico discute le opzioni: indagini diagnostiche, terapie farmacologiche e non, misure preventive;
- ▶ valuta la comprensione e l'accettabilità del programma terapeutico;
- ▶ ottiene il punto di vista del paziente su ciò che ritiene necessario per procedere, indagando eventuali barriere; incoraggia il paziente a contribuire con le proprie idee, suggerimenti, preferenze; accetta e prende in considerazione, se necessario, punti di vista alternativi;
- ▶ tiene conto dello stile di vita del paziente, del suo retroterra culturale, della sua rete di supporto sociale e valuta la disponibilità di aiuti;
- ▶ incoraggia il paziente a responsabilizzarsi e ad avere fiducia in se stesso;
- ▶ coinvolge il paziente dando suggerimenti più che prescrizioni;

**FIGURA 1: RELAZIONE MADRE-PEDIATRA COME FATTORE PROTETTIVO O FATTORE DI RISCHIO PER LA RELAZIONE MADRE-BAMBINO**



**TABELLA 4: I PRINCIPI DEL COUNSELLING COLLABORATIVO-PARITETICO PER IL MEDICO**

Colloquio sul o sui problemi presentati	Negoziatura su consigli e prescrizioni
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incoraggia il paziente a esporre con le proprie parole il problema.</li> <li>2. Usa preferibilmente domande aperte.</li> <li>3. Ascolta attentamente e permette al paziente di completare il proprio racconto.</li> <li>4. Evita i termini tecnici o li spiega adeguatamente.</li> <li>5. Chiede chiarimenti e approfondimenti.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Discute le opzioni diagnostiche e terapeutiche.</li> <li>2. Valuta la comprensione e l'accettabilità del programma terapeutico.</li> <li>3. Ottiene il punto di vista del paziente e considera, se necessario, punti di vista alternativi.</li> <li>4. Tiene conto dello stile di vita del paziente, del suo retroterra culturale, della sua rete di supporto sociale.</li> <li>5. Incoraggia il paziente a responsabilizzarsi e ad avere fiducia in se stesso.</li> <li>6. Coinvolge il paziente dando suggerimenti più che prescrizioni.</li> <li>7. Negoziatura un programma accettabile da entrambe le parti.</li> </ol>

- ▶ negozia un programma accettabile da entrambe le parti;
- ▶ offre alternative;
- ▶ verifica l'accettazione del programma da parte del paziente;
- ▶ incoraggia il paziente a discutere ulteriori particolari ("ci sono altre domande che vorrebbe farmi?...", "c'è qualcosa che vi piacerebbe discutere ancora?...").

Sul piano della teoria etologica e dell'attaccamento il possesso da parte del pediatra di una strategia comunicativa e relazionale basata sulla negoziazione e sul sistema collaborativo e paritetico, soprattutto con le madri che tendono ad avere relazioni conflittuali o fuggitive, sarebbe di per sé uno strumento di sostegno alla relazione di quella madre con quel bambino e permetterebbe al pediatra, pur restando all'interno del proprio

specifico ruolo professionale, di assumere una funzione centrale nella prevenzione dei disturbi relazionali del bambino nei primi anni di vita.

E nei fatti? Purtroppo gli studi di valutazione di efficacia del counselling al momento presenti in letteratura devono fare i conti con criticità relative al disegno delle ricerche e alla selezione degli indicatori [7]. Citeremo come incoraggiamento ad approfondire e ad allargare questo campo di indagine e di pratica clinica alcuni risultati di due ricerche condotte in questo ambito, relative la prima ai risultati riferiti dalle madri e la seconda ai risultati riferiti dai pediatri.

Lambruschi e coll. riportano i risultati di 502 questionari compilati dalle madri di bambini di età compresa tra 2 mesi e 5 anni: 163 madri seguite da 6 pediatri che usufruivano di una formazione sul counselling in ambulatorio pediatrico e 339

seguite da 10 pediatri senza questa formazione specifica [8]. Dal questionario a 10 item emerge che secondo le madri in 2 item i pediatri con formazione al counselling sono migliori dei colleghi, e precisamente: "Il pediatra crea con me un clima amichevole e familiare" e "il pediatra tiene conto del mio punto di vista e discute con me prima di prescrivermi esami o terapie". È evidente che tali item contraddistinguono la relazione pediatra-genitore basata sulla collaborazione paritetica e sulla negoziazione (figura 1).

Nella seconda ricerca Mantovani e coll. riportano le conclusioni di 12 pediatri che parteciparono alla messa a punto di una guida di osservazione madre-bambino nel primo anno di vita del bambino [5]. La guida richiedeva, alla prima visita, un tempo abbastanza lungo dedicato alla reciproca conoscenza e a una conversazione aperta, poco direttiva e distesa per facilitare la comunicazione, seguita da alcuni strumenti di osservazione della relazione madre-bambino e dalla compilazione di una scheda di osservazione. I 12 pediatri concordano sulle seguenti conclusioni:

► l'esercizio all'ascolto, determinato dalla guida e dalla formazione al counselling, fa spesso vedere le madri in una luce migliore, e questo fa

avviare una relazione di supporto anziché di dipendenza;

- negli incontri successivi alla prima visita, lunga e colloquiale, la comunicazione risulta facilitata;
- il tempo necessario per un colloquio approfondito, apparso talora eccessivo e gravoso ai più, è in realtà un utile "investimento" nella prima visita, come rilevato da alcuni pediatri;
- l'impostazione di una comunicazione paritetica spinge alcune madri a rivolgersi più spesso al pediatra anche per problemi della vita familiare con il bambino o relativi alla sua educazione e non solo attinenti alla salute fisica e alla crescita.

Quest'ultimo punto è la conseguenza naturale e necessaria di una comunicazione paritetica e collaborativa ed è l'indicatore dell'avvenuta trasformazione di una relazione, da indifferente o distaccata o conflittuale, a relazione "terapeutica", in cui cioè il medico è diventato per il paziente, e in questo caso per la madre, una "base sicura" con cui confrontarsi e su cui contare nella propria difficoltà quotidiana del vivere il difficile mestiere di genitore.

È vero che anche il mestiere del medico, basato oltre che sulla EBM anche sulla relazione di aiuto ai propri pazienti, è un

mestiere difficile. È probabile che la scelta e la formazione non prevedano a sufficienza questo tipo di "impegno relazionale", ma è esattamente questo che differenzia il mestiere del medico da quello, per esempio, di un ingegnere informatico o di un idraulico. ♦

**Bibliografia**

[1] Eminson DM, Postlethwaite RJ. Factitious illness: recognition and management. Arch Dis Child 1992;67:1510-6.  
 [2] Liotti G. Il concetto di sistema comportamentale fra etologia e psicologia clinica. Rivista di Psicologia Clinica 1990;2:176-87.  
 [3] Crittenden PM. Quality of attachment in the preschool years. Dev Psychopathol 1992;4:209-41.  
 [4] Ciotti F, Lambruschi F. Configurazioni di attaccamento genitori-bambino in età prescolare e comportamento in contesti extrafamiliari. Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale 1996;2:3-14.  
 [5] Mantovani S, Picca M, Giussani M, Zanetto F. L'osservazione e la valutazione della relazione madre-bambino da parte del pediatra di famiglia: proposta di uno strumento e di un percorso di formazione. In: Carli L. La genitorialità nella prospettiva dell'attaccamento. Milano: Franco Angeli, 2002.  
 [6] Ciotti F, Lambruschi F, Gangemi M, et al. Una esperienza di formazione al counselling in ambulatorio pediatrico. Quaderni acp 2006;13:218-21.  
 [7] Baronciani D, Basevi V, Gangemi M. La valutazione dell'efficacia del counselling: adottare o adattare le regole dell'Evidence Based Medicine? Prospettive in Pediatria 2005;35:303-8.  
 [8] Lambruschi F, Ciotti F, Gangemi M, et al. La valutazione di un corso di formazione al counselling pediatrico. Quaderni acp 2006;13:260-3.

**Una indagine ACP COME SONO CAMBIATI I REPARTI DI PEDIATRIA?**

A che punto è la trasformazione della vita interna dei reparti di Pediatria nel nostro Paese? A pag. 86 recensiamo un libro sull'argomento. Su *Quaderni acp* (2007;14:171-2) abbiamo raccontato l'esperienza della UO dell'Ospedale "Cardarelli" di Napoli. Vorremmo continuare raccogliendo altri esempi e altre notizie. Gli interventi finora raccolti riguardano aspetti **strutturali** (per intenderci pareti a tinte con colori vivaci e con disegni di personaggi noti ai bambini) o **ambientali** (per l'accoglienza ci sono esperienze di clown in corsia; musica e lettura sono attivi in vari reparti). Vorremmo raccogliere il maggior numero di queste esperienze, conoscerne le motivazioni e il percorso. Sarebbe, infine, interessante sapere se si è pensato a una valutazione del loro impatto sui bambini e i loro genitori. Vi invitiamo quindi a scrivere a [redazionequaderni@tiscali.it](mailto:redazionequaderni@tiscali.it) raccontando le vostre esperienze, seguendo per semplicità il format che riportiamo.

UO di Pediatria dell'Ospedale \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Posti letto \_\_\_\_\_ N° ricoveri anno 2006-2007 \_\_\_\_\_

Interventi strutturali: no  sì  specificare: \_\_\_\_\_

Interventi ambientali: no  sì  specificare: (clown, lettura, musica, giochi, pet-therapy, altro) \_\_\_\_\_

Motivazioni che hanno spinto alla realizzazione dell'esperienza \_\_\_\_\_

Percorso seguito \_\_\_\_\_

Gli interventi sono stati realizzati coinvolgendo anche i pazienti? no  sì

È stata realizzata o è prevista la valutazione dell'intervento? no  sì

Funziona la scuola in Ospedale? no  sì