



MEDICO E BAMBINO PAGINE ELETTRONICHE

La comunicazione tra pediatra e madre nella struttura ambulatoriale Analisi svolta con il metodo FACS di P. Ekman & W. V. Friesen

VANESSA GRECO

Dottore di ricerca in medicina materno - infantile presso l'IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste

Indirizzo per corrispondenza: vgreco@units.it

**Communication between paediatricians and
mothers in the ambulatory
Analysis carried out using FACS method by P.
Ekman & W. V. Friesen**

[Introduzione](#)
[FACS](#)
[Ricerca Personale](#)
[Metodologia](#)
[Obiettivi](#)
[Risultati](#)

Key words

FACS, paediatrician, facial expression, mother

Summary

Background: Effective communication between physicians and patients is to be regarded as a clinical function that cannot be left aside. In the perspective of a permanent education in the health field we could supervise the relation between physician and patient, draw up a framework of behaviours and intervene with appropriate systems and psychological techniques like FACS (facial action coding system).

Aims: Using FACS system in the paediatric and sanitary field to analyse the levels of communication in the relationship between paediatricians and mothers.

Materials and methods: The method used consists of the decoding, through the FACS, of the facial expression and emotions of the paediatrician and of child's mother during the examination. Two video cameras have been used to simultaneously record the facial expressions of both the subjects present in the ambulatory. There have been 22 examinations in all. Each examination included three FACS analysis for the mother and three for the paediatrician, 132 FACS totally. Paediatricians have been subdivided according to sex and age.

Results: Paediatricians have wide spatial behaviour and a positive attitude. Emotion is always present in paediatricians' faces. There is more perplexity in the facial expression of the doctors specializing in paediatrics than in expert paediatricians. Male paediatricians seem more perplexed during the examination. In specializing doctors' expressions amazement prevails. Female paediatricians open and close the examination smiling, but in the middle of it amazement prevails. Men are less socializing than women. Parents have revealed bigger variations of emotions (smile, anxiety/worry, amazement, perplexity, fear, contempt).

Conclusions: according to the overall result, paediatricians use a stereotyped method to communicate during the examination, while accidental emotions prevail in parents according to the communication ability (intensity) of the paediatrician in the interpersonal relationship in the ambulatory.

1. INTRODUZIONE

La **comunicazione efficace** tra il medico e il paziente deve essere considerata come una funzione clinica fondamentale da non trascurare. Instaurando un processo di comunicazione interpersonale con il paziente, il medico può non solo ottenere delle utili informazioni per indirizzare il percorso diagnostico e terapeutico, ma anche suscitare un buon livello di soddisfazione e di consenso che finisce per incidere positivamente sui risultati clinici complessivi. Nel percorso di comunicazione tra medico e paziente vi possono essere degli atteggiamenti da

seguire, altri da evitare, nell'ottica di avvicinarsi sempre di più alle esigenze dell'utente. Il medico deve sforzarsi di capire il disagio dei pazienti, cercando di non trascurare i loro sentimenti e le speranze di salute, coltivando la capacità di miglioramento della relazione in un'ottica di empatia con i propri assistiti.

Come si sa nel processo di comunicazione si distinguono due fasi tra loro complementari: la comunicazione verbale e quella non verbale. Quest'ultima, costituita principalmente dalla gestualità, dalla mimica facciale e dal tono della voce rappresenta il momento più importante del processo comunicativo, ma spesso, purtroppo, non ce ne accorgiamo nemmeno, eppure da essa discende, quasi sempre, il successo di una relazione. Un medico che tiene conto, assieme alla valutazione dei sintomi e delle analisi, anche dei segnali non verbali, può cogliere indizi di ansia, depressione, menzogna che potrebbero risultare molto utili nella determinazione del trattamento o nell'approfondimento del colloquio. Un gran numero di ricerche dimostrano che la sensibilità del medico nei confronti del linguaggio del corpo del paziente si traduce in una relazione più positiva con quest'ultimo e rende il primo più apprezzato e stimato. Alcuni studi hanno messo in luce che i pazienti considerano la capacità di comunicare come una delle prime tre qualità che un medico dovrebbe possedere. Naturalmente, da parte del medico non si tratta solo di assumere il giusto atteggiamento, ma anche di sintonizzarsi su quelli che sono i segnali non verbali che regolano l'interazione (chi vuole prendere la parola, ad esempio, inspira, dischiude le labbra, solleva una mano o l'intero avambraccio e lo tiene in sospeso fino a quando non gli è concesso di parlare; l'intenzione che sottende questi segnali è ulteriormente rimarcata quando il paziente porta il busto in avanti, solleva la testa e cerca con gli occhi lo sguardo del medico).

Sotto il profilo della **comunicazione non verbale**, un professionista sanitario è giudicato in modo più favorevole quando annuisce spesso, esibisce una mimica facciale cordiale, ma soprattutto espressiva e dà altri cenni (con le palpebre o con il sollevamento delle sopracciglia) di attenzione. Il paziente sente il medico più vicino e partecipa quando quest'ultimo inclina spesso il busto/torace verso di lui, mantenendo un orientamento nella sua direzione, non tenendo braccia o gambe incrociate e rispecchiando le sue posture (eco posturale). Certi atteggiamenti dello sguardo piuttosto frequenti nei medici possono risultare piuttosto fastidiosi per gli assistiti: ad esempio, quando il medico fissa il paziente con insistenza, senza alcun calore nello sguardo o quando lo degna di uno sguardo appena dopo aver esaminato la cartella clinica. Nelle comuni relazioni interpersonali si fa conoscenza con l'altro con una stretta di mano: difficilmente questo avviene tra medico e paziente. Se quest'ultimo solleva la mano, la sua intenzione può essere ignorata o la stretta può essere data in modo debole o, peggio ancora, porgendo le sole dita (comportamento che è una forma stilizzata dell'offrire la mano perché sia baciata); un atteggiamento del genere, comunica distacco e dominanza. Altri comportamenti che irritano il paziente sono ancora orientare il corpo in direzioni diverse da quella della persona venuta a consulto, tenere la schiena costantemente appoggiata sullo schienale, incrociare le braccia o, durante la palpazione, non rispettare la sua intimità e insistere in modo eccessivo.

Comprendere meglio la comunicazione non verbale da parte del medico gli consentirebbe di accorgersi quando il paziente esita ad aprirsi, ha paura o preferisce nascondere qualcosa. Se, ad esempio, il paziente solleva le sopracciglia e le unisce al centro parlando del motivo per cui si è rivolto allo specialista vuol dire che è in ansia; questo non significa però che sia capace di raccontarlo; se il medico fosse in grado di riconoscere il segnale, potrebbe cercare di assumere un atteggiamento più confidenziale, mettere a suo agio il paziente o rassicurarlo. Un segnale non verbale assume valore se accompagnato da un'espressione facciale o da altri comportamenti; ad esempio strofinarsi lo zigomo non dice molto, ma se contemporaneamente il volto è piegato di lato, significa fastidio, perplessità o disappunto; muovere la lingua sulle labbra generalmente indica piacere, ma se le sopracciglia sono sollevate e unite indica ansia. Se il medico conoscesse il linguaggio del corpo, potrebbe interpretare anche questi segnali e fare una diagnosi più mirata e corretta.

La componente non verbale, quindi, è estremamente importante ed ha un forte impatto nella relazione medico - paziente. Leggere i piccoli gesti involontari permette al medico di conoscere la personalità e i lati nascosti dell'assistito; proprio in funzione di questa accurata comprensione del carattere della persona con cui viene a contatto, può migliorare o cambiare il proprio rapporto interpersonale.

Il linguaggio non verbale, analogamente a quello propriamente verbale, deriva dall'apprendimento. La **gestualità** può essere controllata così come si possono acquisire per rendere più efficace il proprio modo di agire e l'immagine che si proietta all'interno della percezione sociale. Sarebbe auspicabile una corretta forma di educazione permanente che favorisca nell'ambito sanitario un miglioramento di gestualità e più in generale di linguaggio non verbale che spesso contraddicendo il contenuto del testo verbale può provocare conflittualità e cattivi rapporti danneggiando sia le persone, la struttura sanitaria e infine il paziente. Il non tenere conto degli aspetti relazionali in termini di comunicazione non verbale ed espressione delle emozioni nell'incontro medico - paziente oltre a provocare nell'uno e nell'altro malessere e disagio, sta alla base della noncompliance, ossia la scarsa o mancata disponibilità del paziente ad accettare le indicazioni del medico.

In un'ottica di educazione permanente in ambito sanitario si potrebbe monitorare la relazione medico - paziente, redigere un quadro dei comportamenti ed intervenire con opportuni sistemi e tecniche psicologiche come il FACS (*Facial Action Coding System*), il Role Playing, il Team Building e i Focus Group al fine di migliorare le performances dei pediatri/medici e i loro rapporti

con i pazienti.

Si potrebbe intervenire mediante una serie di **seminari di formazione** in cui verrebbero esposte ai medici/pediatrati le tecniche di analisi del comportamento e le metodologie di modifica dello stesso, una serie di riprese personalizzate per ogni pediatra e medico svolte durante le attività ambulatoriali e di rapporto con pazienti o con parenti degli stessi; successivamente l'applicazione del metodo *Facial Action Coding System* e delle teorie del linguaggio non verbale per un'analisi del comportamento emozionale, spaziale o prossemico, motorio - gestuale e mimico del volto del pediatra/medico e paziente; una discussione seminariale (metodo del focus group) o individuale tra l'esperto FACS/Comunicazione non verbale e tra medici e pediatri sui risultati che si enucleano dal materiale videoregistrato; un'analisi qualitativa e, qualora vi fosse un numero adeguato, quantitativa dei dati raccolti e dei risultati dei focus group; l'applicazione delle modifiche comportamentali attraverso le tecniche di role playing e di team building ed infine la diffusione dei risultati che comprendono sia il quadro della situazione pregressa sia quello ottenuto dopo l'applicazione di tutte le tecniche di modifica del comportamento. Si tratterebbe, quindi, di insegnare al medico a non contraddire con il volto e con i gesti ciò che sta dicendo a livello verbale. L'espressione del viso può rafforzare o contraddire ciò che si dice a voce e invece la coerenza è molto importante specie quando medico e paziente si incontrano le prime volte (ad esempio nella prima visita in ambito pediatrico) e si studiano vicendevolmente o, quando, (in particolare in pediatria) bisogna comunicare risultati anche molto gravi, come malattie genetiche o tumori, il medico deve prendere consapevolezza, deve saper accompagnare le parole alla mimica (espressioni emozionali del volto) e al gesto.

2. LA TECNICA DI MISURAZIONE DEL FACIAL ACTION CODING SYSTEM

Le **tecniche** atte alla misurazione del comportamento facciale sono nate sostanzialmente per rispondere a svariati quesiti riguardanti i legami esistenti tra le espressioni del viso e le caratteristiche di personalità, l'esperienza emotiva, i processi comunicativi, ecc.

Le emozioni di base quali sorpresa, paura, disgusto, disprezzo, tristezza e felicità sono registrate da cambiamenti dei muscoli della fronte, delle sopracciglia, delle palpebre, delle guance, del naso, delle labbra e del mento. Per cui l'area di maggiore interesse per lo studio della espressione delle emozioni è il volto.

Esistono numerosi **metodi** per misurare i movimenti facciali che risultano dall'azione dei muscoli. Il sistema di misura inventato da Ekman e Friesen «*Facial Action Coding System* – FACS» è il più comprensivo, il più usato e versatile. Il FACS fu sviluppato per determinare come le contrazioni di ogni muscolo facciale, singolarmente o in combinazione con altri muscoli, cambiano le sembianze di una faccia. Ekman e Friesen hanno calcolato 44 AU (Action Unit) che rendono conto dei cambi nelle espressioni facciali e 14 AU che più grossolanamente descrivono i cambi nella direzione dello sguardo e nell'orientamento della testa.

Un'**analista FACS** disseziona un'espressione osservata, scomponendola in specifiche AU che hanno prodotto il movimento. L'analista vede il nastro sia al rallentatore che fermando le immagini, per determinare quale unità di azione o combinazione di unità di azione sono coinvolte nei cambiamenti facciali. I punteggi, per la rilevazione di specifiche espressioni facciali, consistono nel determinare la lista di unità di azione che sono coinvolte in quell'espressione. E' determinata anche la precisa durata di ogni azione, l'intensità di ogni azione muscolare e ogni asimmetria bilaterale. Nell'uso più esperto della metodologia FACS, l'analista riesce a determinare dai primi indizi l'unità di azione coinvolta in un movimento rapido, quando l'azione raggiunge l'apice, la fine del periodo apicale, quando inizia a declinare e quando scompare definitivamente dalla faccia. Le unità di punteggio di FACS, che, di fatto, listano le unità di azione coinvolte in un'espressione facciale, sono descrittive e non interferiscono con l'interpretazione delle emozioni e possono essere convertite da un computer usando un dizionario di interpretazione e predizione delle emozioni appositamente creato o le regole per ottenere i **punteggi del FACS**.

Il dizionario delle predizioni delle emozioni (FACS/EMFACS *Emotion Dictionary* sostituito recentemente dal FACS/AID – FACS *Affect Interpretation Database*) fornisce punteggi sulla frequenza di sette emozioni (angoscia, paura, disgusto, tristezza, felicità, disprezzo e sorpresa), la cooccorrenza di due di queste emozioni insieme, e una distinzione tra sorriso emozionale e non emozionale, basata sul fatto che il muscolo che circonda l'occhio (AU6) è presente in concomitanza con il muscolo che tira su gli angoli delle labbra obliquamente (AU12). Secondo Ekman i sorrisi emozionali sono involontari e di solito sono associati con l'esperienza soggettiva di felicità e cambiamenti fisiologici. Sorrisi non emozionali sono, al contrario, volontari e non sono associati con sentimenti di felicità o di cambiamenti fisiologici.

Le AU possono essere convertite da un computer utilizzando il dizionario di interpretazione e predizione delle emozioni appositamente creato. In questo modo è possibile tradurre le combinazioni di AU in configurazioni facciali che, a loro volta, corrispondono a determinate esperienze emotive.

Uno dei limiti del FACS risiede nel fatto che è stato sviluppato per identificare solo i cambiamenti del viso chiaramente visibili e individuabili, ignorando tutti quei cambiamenti che non sono rilevabili tramite la semplice osservazione, come le modificazioni del tono muscolare. Inoltre non prende in considerazione fattori come il sudore, il fenomeno dell'arrossire, o le caratteristiche

permanenti della morfologia del viso.

Il metodo FACS (*Facial Action Coding System*) di P. Ekman e W. V. Friesen ci ha permesso di valutare la mimica facciale del medico e del suo paziente nel corso di un normale colloquio attraverso l'uso di due videocamere; il metodo può migliorare il rapporto attraverso la presa di coscienza di errori di comunicazione (mediante la visione e la discussione delle videoregistrazioni da parte del medico) e quindi una possibile modifica del comportamento per arrivare ad un rapporto ottimale che favorisce la cura.

3. RICERCA PERSONALE

Scopo della nostra ricerca è stato quello applicare (per la prima volta nel settore pediatrico – sanitario) il sistema (FACS) al fine di analizzare i livelli di comunicazione all'interno del rapporto pediatra – madre; inoltre si è trattato di una verifica sperimentale della possibilità di analizzare attraverso il FACS le modifiche avvenute in una relazione interpersonale. Il campione esaminato è composto di pediatri e madri (ripresi con telecamera digitale) in vari contesti (ambulatori specialistici), a livelli diversi di percorso formativo (pediatri esperti e pediatri specializzandi), in situazioni di comunicazione diversa (soggetti alla prima visita di controllo e soggetti con una frequentazione assidua) con tipologie diverse di interlocutori.

La ricerca ha preso in esame la prima visita pediatrica e le visite di controllo. Il campione esaminato con il FACS è composto dai pediatri e dalle madri in interazione all'interno dell'ambulatorio. Le variabili prese in esame sono: a) il sesso del pediatra; b) l'anzianità di servizio del pediatra.

4. METODOLOGIA E SETTING

Il metodo utilizzato consiste nella **decodificazione dell'espressione facciale e delle emozioni** del pediatra e della madre del bambino durante la visita tramite il FACS. Sono state utilizzate due videocamere che hanno permesso di registrare simultaneamente le espressioni facciali di entrambi i soggetti presenti nell'ambulatorio. Le videocamere sono collocate nell'ambiente in maniera tale da non essere immediatamente visibili (si è cercato di posizionarle vicino ad altri strumenti elettronici (videoregistratore, televisione, personal computer, strumentazione sanitaria, ecc.) in modo tale che il soggetto in ogni caso non prestasse particolare attenzione alla macchina da presa pur essendo a conoscenza della sua presenza essendo stato avvertito in base alla Legge sulla privacy ed avendo, quindi, ottenuto il suo consenso alla ripresa); il pediatra e la madre sono in posizione faccia a faccia. Per ciascuna prima visita e/o visita di controllo l'analisi attraverso il FACS è stata effettuata tre volte (quando la madre e il bambino sono entrati nell'ambulatorio, alla comunicazione da parte del pediatra dell'esito della visita effettuata, quando la madre e il bambino sono usciti dall'ambulatorio). Le visite in totale sono state 22, 1 per ciascuna sede ambulatoriale (22 pediatri - 8 pediatri maschi esperti, 8 pediatri esperti femmine e 6 specializzandi, di cui 2 maschi e 4 femmine). Ciascuna visita per ogni sede ha incluso tre analisi FACS per la madre e tre analisi FACS per il pediatra per un totale di 6 FACS per ogni visita e un totale complessivo di $22 \times 6 = 132$ FACS. I pediatri sono stati suddivisi per sesso ed anzianità.

Schema:

- 1 visita (prima visita o visita di controllo) per ciascuna sede ambulatoriale
- Totale visite = 22
- Per ogni sede 3 analisi FACS per la madre e tre per il pediatra; totale = 6 FACS per ogni visita. $22 \times 6 = 132$ decodifiche FACS.
- 8 pediatri esperti maschi
- 8 pediatri esperti femmine
- 6 specializzandi (2 maschi e 4 femmine) in pediatria presenti all'interno della struttura ospedaliera infantile "Burlo Garofolo"

La visita è durata in media 15 - 20 minuti ed è stata ripresa interamente su due videocamere per avere una ripresa facciale sia del medico sia della madre. Le telecamere sono sintonizzate con un timer per avere un'esatta corrispondenza negli stimoli e nelle risposte intercorrenti nel rapporto fra i due. Al termine di ciascuna visita la ricercatrice riverserà i tre momenti della prima visita (ingresso, visita medica, uscita) che saranno analizzati con il FACS ed elaborati statisticamente.

Gli strumenti utilizzati consistevano in due videocamere con treppiede e telecomando dissimulate; una a fianco del personal computer in modo tale che sembri una webcam e l'altra posta su un treppiede inserito tra una serie di giocattoli che ricopre sia il treppiede sia il corpo della macchina, 3 sedie, 1 scrivania, arredo ambulatoriale.

5. OBIETTIVI DELLA RICERCA

Gli obiettivi della ricerca:

1. analizzare il linguaggio non verbale nel rapporto pediatra e madre correlato al vissuto emozionale di entrambi;
2. esaminare le differenze nella comunicazione determinate dalla variabile pediatra maschio e pediatra femmina;
3. esaminare le varianti nella comunicazione determinate dalla variabile pediatra giovane e pediatra esperto.

6. I RISULTATI DELLA RICERCA

Al termine di questa **ricerca qualitativa** possiamo indicare quali sono le linee di tendenza nel comportamento spaziale ed espressivo che intercorre fra pediatra e genitore. Per analizzare i dati risultanti dall'applicazione del metodo FACS abbiamo ideato una griglia che raccoglie in maniera precisa le osservazioni sia facciali sia del linguaggio non verbale relativo ai soggetti esaminati. Tutti i pediatri hanno un ampio comportamento spaziale. Tutti i pediatri hanno un atteggiamento positivo. L'emotività del volto dei pediatri è sempre presente.

Esaminando con maggior attenzione i risultati notiamo una maggiore perplessità da parte dei pediatri specializzandi rispetto ai pediatri esperti. I pediatri maschi dimostrano più perplessità nel corso della visita (in tutti i 3 momenti). Nei pediatri specializzandi prevale la sorpresa (minore conoscenza della casistica rispetto ai pediatri esperti). Nel terzo momento prevale il sorriso sia nei pediatri maschi/femmine esperti sia nei pediatri maschi/esperti specializzandi. Le pediatre aprono e chiudono la visita col sorriso, a metà prevale la sorpresa. Gli uomini partono e mantengono lo scetticismo nel corso della visita. Gli uomini risultano meno socializzanti rispetto alle donne. Da un punto di vista complessivo la difficoltà di comunicazione dei maschi può generare ansia/preoccupazione nei pazienti, mentre la bassa percentuale di perplessità da parte delle femmine genera maggiore rassicurazione durante la visita. I risultati sono riportati nella [Tabella 1](#)

Tabella1. Unità d'azioni FACS

Pediatri esperti maschi + femmine (16)	Casi: 49	
Emozione primo momento	Emozione secondo momento	Emozione terzo momento
Sorriso (21)	Perplessità/Scetticismo (24)	Sorriso (35)
Sorpresa (18)	Sorpresa (17)	Perplessità/Scetticismo (11)
Perplessità/Scetticismo (12)	Sorriso (11)	Sorpresa (9)
Pediatri specializzandi maschi + femmine (6)	Casi: 12	
Emozione primo momento	Emozione secondo momento	Emozione terzo momento
Sorriso (4)	Sorpresa (6)	Sorriso (8)
Sorpresa (2)	Perplessità/Scetticismo (5)	Perplessità/Scetticismo (2)
Perplessità/Scetticismo (1)	Sorriso (2)	Sorpresa (1)

Pediatri maschi esperti + specializzandi (10)	Casi: 29	
Emozione primo momento	Emozione secondo momento	Emozione terzo momento
Sorriso (11)	Perplessità/Scetticismo (17)	Sorriso (16)
Perplessità/Scetticismo (11)	Sorpresa (7)	Perplessità/Scetticismo (9)
Sorpresa (10)	Sorriso (7)	Sorpresa (6)

Pediatre femmine esperti + specializzandi (12)	Casi: 31	
Emozione primo momento	Emozione secondo momento	Emozione terzo momento
Sorriso (14)	Perplessità/Scetticismo (13)	Sorriso (27)

Sorpresa (9)	Sorpresa (15)	Sorpresa (5)
Perplessità/Scetticismo (4)	Sorriso (6)	Perplessità (3)

Per quanto riguarda i genitori in 40 casi su 61 è presente un solo genitore, mentre in 21 casi su 61 sono presenti entrambi i genitori. Tutti i genitori hanno utilizzato un ampio comportamento spaziale (l'avvicinarsi all'interlocutore, l'inclinazione del busto in avanti, l'ampia/scarsa o assenza di gesticolazione, l'irrigidimento del corpo, il ritrarre il busto all'indietro e il cambiare continuamente posizione). In 26 casi su 61 vi è stata un'ampia dimensione psicologica da parte dei genitori.

L'emotività del volto dei genitori è sempre presente. La reazione emotiva dei genitori più frequente nel primo momento è il sorriso (24 casi su 61), a questa segue l'ansia/preoccupazione (11 casi su 61), la sorpresa (9 casi su 61), la perplessità (9 casi su 61), la paura (3 casi su 61), il disprezzo (2 casi su 61). La reazione emotiva dei genitori più frequente nel secondo momento è la perplessità (20 casi su 61), a questa segue la sorpresa (16 casi su 61), l'ansia/preoccupazione (13 casi su 61), il sorriso (8 casi su 61), la paura (5 casi su 61), la tristezza (3 casi su 61). La reazione emotiva dei genitori più frequente nel terzo momento è il sorriso (42 casi su 61), a questa segue lo scetticismo /perplessità (11 casi su 61), la sorpresa (8 casi su 61), l'ansia/preoccupazione (4 casi su 61) e la rabbia (1 caso su 61).

7. OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

In estrema sintesi il nostro obiettivo era individuare le variabili intercorrenti nel rapporto non verbale fra medico e madre (genitore) all'interno di una struttura ambulatoriale. L'utilizzo del metodo FACS voleva essere lo strumento che permetteva l'analisi corretta dei parametri di movimento della muscolatura facciale in rapporto agli stimoli provenienti dall'altro soggetto. Dalla gran mole dei dati raccolti si è evidenziato un comportamento standardizzato tenuto dai medici che si basa sugli atteggiamenti quali sorriso, sorpresa, perplessità/scetticismo, che sostanzialmente seppure in ordine lievemente diverso sono costanti in tutte le variabili esaminate (pediatra esperto/pediatra specializzando; pediatra maschio/pediatra femmina); di contro nel linguaggio non verbale facciale le madri (genitori) hanno evidenziato una maggior variabilità di emozioni (sorriso, ansia/preoccupazione, sorpresa, perplessità, paura, disprezzo) in misura nettamente superiore quanto ad intensità, che indicano in modo chiaro l'efficacia dell'intervento del pediatra. Pertanto il risultato complessivo vede i pediatri applicare una metodologia stereotipata per comunicare durante la visita, mentre nel genitore prevalgono le emozioni casuali a seconda della capacità di comunicazione (intensità) applicata dal pediatra nel contesto del rapporto interpersonale all'interno dell'ambulatorio.

Bibliografia di riferimento

1. Balint, M. e A. Medico, paziente e malattia, Feltrinelli, Milano, 1962.
2. Balint, M. e A. Tecniche psicoterapiche in medicina, Einaudi, Torino, 1970.
3. Cipolla C. L'apporto della comunicazione iconica alla conoscenza sociologica: un bilancio metodologico, in Sociologia della Comunicazione, n. 12, anno VI, 1988.
4. Clarke AC, Curry TJ. Introducing Visual Sociology, Kendall Hunt Publishing Company, Iowa, 1981.
5. Debra L. Roter, Richard M. Frankel, Judith A. Hall, David Sluyter, The Expression of Emotion through Nonverbal Behaviour in Medical Visits, Mechanism and outcomes, J Gen Intern Med 2006; 21:S28 - 34.
6. Ekman P, Friesen WV. Manual for the Facial Action Coding System, Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1978.
7. Ekman P, & Friesen W. Investigator's guide to the facial action coding system, Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1978a.
8. Ekman, P., & Oster, H., Facial expressions of emotion, Annual Review of Psychology, 1979, 30, pp. 527 - 554.
9. Ekman, P., Asymmetry in facial expression, Science, 1980, 209, pp. 833 - 834.
10. Ekman, P, Friesen, WV, Ancoli, S., Facial signs of emotional experience, Journal of Personality and Social Psychology, 1980, 39, pp. 1125 - 1134.
11. Ekman, P, Methods for measuring facial action, in K. R. Scherer & P. Ekman (Eds.), Handbook of methods in nonverbal behaviour research, Cambridge, England: Cambridge University Press, 1981, pp. 45 - 90.
12. Ekman P, Emotion in the human face, Cambridge, England: Cambridge University Press, 1982.
13. Ekman P, Davidson RJ, & Friesen, W. V., The Duchenne smile: Emotional expression and brain physiology II, Journal of Personality and Social Psychology, 1990, 58, pp. 342 - 353.
14. Ekman P. An argument for basic emotions, Cognition and Emotion, 1992, 6, pp. 169 - 200.
15. Ekman, P. and Davidson, R., The nature of emotion: fundamental questions, New York: Oxford University Press, 1994.
16. Ekman, P. & Rosenberg, E. L. (editors), What the face reveals: basic and applied studies of spontaneous expression using the facial action coding system (FACS), New York: Oxford University Press 1997.
17. Ekman P. (Editor), Charles Darwin's, The expression of the emotions in man and animals, (Third Edition with Introduction, Afterwards and Commentaries by Paul Ekman), London: Harper Collins, and, New York: Oxford University Press, 1998.

18. Ferraro F, Albergamo M, Ricciardi M. Ruolo dello psicologo e sue possibilità di intervento in una struttura scolastica in trasformazione: prime osservazioni; in "Lo psicologo e le istituzioni psichiatriche", Pacini, Pisa, 1972.
19. Galdo AM, Albergamo M, Donadio M., Ferraro F, Genovese C, Ricciardi M. La madre, il pediatra e il bambino malato, contributo sugli aspetti psicologici della relazione madre - medico, Guida Editori, Napoli, 1977.
20. Judith A. Hall, Julie T. Irish, Debra L. Roter, Carol M. Ehrlich, Lucy H. Miller, Satisfaction, gender and Communication in Medical Visits, Medical care, volume 32, No. 12, pp. 1216 - 1231, 1994, J.B. Lippincott Company.
21. Roberti A, Belotti C, Caterino L, Comunicazione medico - paziente - La comunicazione come strumento di lavoro del medico, NLP Italy, Alessio Roberti Editore, 2006.
22. Rainer S. Beck, MD, Rebecca Daughtridge, Philip D. Sloane, MD, MPH, Physician - Patient Communication in the Primary Care Office: A Systematic Review, J Am Board Fam Pract 15(1): 25 - 38, 2002. © 2002 American Board of Family Practice.
23. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Pragmatic of Human Communication, New York, Norton (1967), trad. it., Pragmatica della comunicazione umana, Roma, Astrolabio, 1971.

Foto di alcuni pediatri che hanno collaborato alla ricerca di dottorato in medicina materno - infantile

Foto esemplificative di alcune decodifiche Facs - *Facial action coding system*



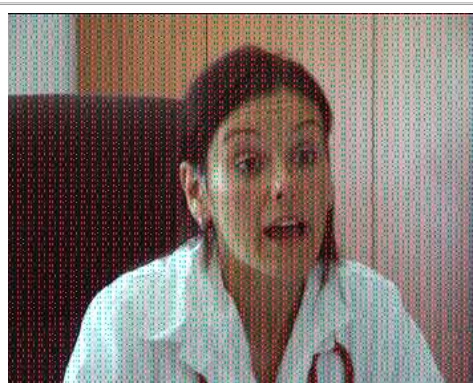
Prof. Alessandro Ventura. Direttore della Clinica Pediatrica del Burlo Garofolo di Trieste. Innalzamento degli angoli delle labbra, sollevamento delle guance e la testa girata verso destra (sorriso). Il busto rivolto in avanti indica coinvolgimento, disponibilità all'ascolto.



Dott. Federico Verzeznassi. Specializzando in pediatria presso il Burlo Garofolo di Trieste. Sollevamento del mento e pressione delle labbra (scetticismo).



Dott.ssa Manuela DelSanto. Pediatra ambulatoriale (Ronchi dei Legionari).	
Sollevamento dell'interno ed esterno della fronte, sollevamento delle palpebre inferiori e la testa inclinata a destra (sorpresa).	Sollevamento dell'esterno della fronte, avvicinamento e abbassamento delle sopracciglia e la testa girata verso sinistra (perplexità).



Dott.ssa Zemira Cannioto. Specializzanda in pediatria presso il Burlo Garofolo di Trieste. Sollevamento dell'interno ed esterno della fronte, sollevamento delle palpebre inferiori e la testa rivolta in avanti (**sorpresa**).



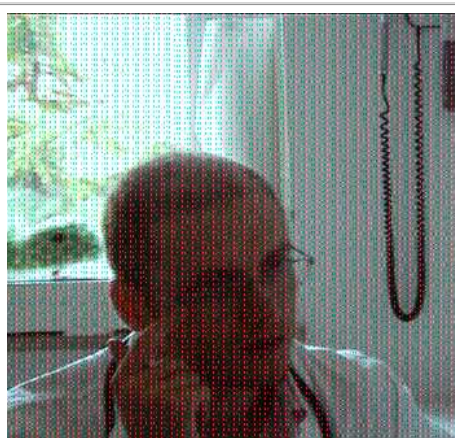
Dott.ssa Valentina Kiren. Specializzanda in pediatria presso il Burlo Garofolo di Trieste. Innalzamento degli angoli delle labbra e sollevamento delle guance (sorriso).

FOTO ESEMPLIFICATIVE DI ALCUNI SEGNALI NON VERBALI

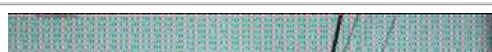


Dott. Massimo Maschio. Specializzando in pediatria presso il Burlo Garofolo di Trieste.

La mano appoggiata sul volto del pediatra indica perplexità)

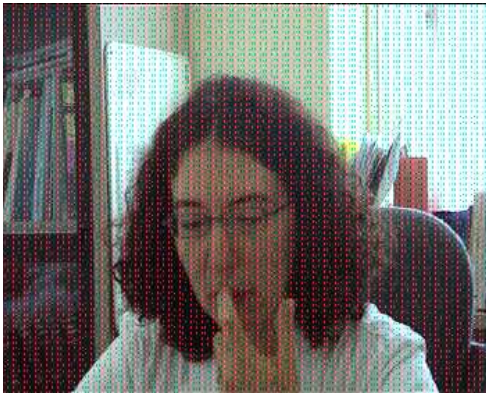


L'indice della mano appoggiata a lato dell'occhio indica tensione/fastidio)





Dott.ssa Laura Badina. Specializzanda in pediatria presso il Burlo Garofolo di Trieste. Sollevamento dell'interno ed esterno della fronte e la testa inclinata a destra (ascolto, attenzione, coinvolgimento). La mano appoggiata sul lato destro del volto indica **autoconforto**.



Dott.ssa Valentina Kiren. Specializzanda in pediatria presso il Burlo Garofolo di Trieste. Segnale di gradimento (l'indice della pediatra appoggiato sul labbro superiore)

Vuoi citare questo contributo?

V. Greco. LA COMUNICAZIONE TRA PEDIATRA E MADRE NELLA STRUTTURA AMBULATORIALE. *Medico e Bambino pagine elettroniche* 2008; 11(9) http://www.medicoebambino.com/?id=RI0809_10.html