

# FORMAZIONE PSICOLOGICA PER I PEDIATRI DI BASE

## Un'esperienza

EMILIA ATTANASIO<sup>1</sup>, WANDA GROSSO<sup>2</sup>, GIUSEPPINA GHERARDINI<sup>3</sup>, VITANTONIA MARZULLI<sup>4</sup>, AGATA MONTALBANO<sup>5</sup>, MARIA EDOARDA TRILLÒ<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Pediatra di base, ASL Roma F, psicoterapeuta, Anguillara Sabazia (Roma); <sup>2</sup>Psicologa-psicoanalista, Roma; <sup>3</sup>Pediatra di base, ASL Roma C, Roma; <sup>4</sup>Pediatra di base, ASL Roma C, Roma; <sup>5</sup>Pediatra di base, ASL Roma C, Roma; <sup>6</sup>Pediatra di consultorio familiare, ASL Roma C, Roma

I cambiamenti socio-culturali e tecnologici degli ultimi decenni hanno accentuato il divario tra la medicina specialistica, a cui si richiede precisione ed efficacia mirata, e la medicina di base, a cui è richiesto di occuparsi non tanto o non solo della malattia ma del benessere dell'individuo. Questo divario, che ripropone il confronto mai risolto con la doppia anima della medicina, scienza oggettiva e/o arte, richiede al medico di ridefinire la propria collocazione sociale e la propria identità professionale.

Al pediatra è attualmente richiesto che abbia competenze e conoscenze relative non solo alla patologia fisica e al suo trattamento, ma che sappia come avviene lo sviluppo psicologico e relazionale del bambino e che abbia le capacità di promuovere e gestire la relazione con il paziente.

La figura del pediatra di base infatti, in qualità di primo filtro e testimone attivo della crescita del bambino, può svolgere un'essenziale funzione preventiva dei disturbi psichici e promuovere una buona relazione madre-bambino.

Il pediatra però, a differenza degli altri medici, si trova in una situazione relazionale particolare; il rapporto tra il medico e il paziente, data la condizione fisiologica di dipendenza del paziente-bambino, non è diretto ma mediato da altre figure importanti: i genitori, i nonni... Avere a che fare con più interlocutori può in effetti rappresentare una difficoltà in più, una "complicazione", una "interferenza", che il pediatra a volte desidererebbe eliminare. La complessità, però, può diventare una fonte ricca di informazioni per conoscere il bambino e il suo mondo relazionale: è necessario però che il pediatra sappia districarsi con sufficiente sicurezza emotiva all'interno di una dinamica relazionale non più duale (medico-paziente), ma triangolare (genitori-bambino-pediatra).

Una relazione a tre o più soggetti è una relazione complessa; la circolarità della comunicazione non è un dato scontato ed è facile che si crei un'intesa a due che esclude il terzo. I sentimenti suscitati da una situazione triangolare riguardano allora la gelosia, la rivalità, la competizione, l'inadeguatezza, l'esclusione, la gratificazione narcisistica. Questi sentimenti, che sono assolutamente fisiologici, possono diventare un pericolo per la relazione nel momento in cui, pur presenti in modo massiccio, non vengano riconosciuti e qualora le alleanze e le esclusioni si strutturino in ruoli rigidi e non interscambiabili.

Avendo il pediatra a che fare con bambini, è facile che si crei un rapporto privilegiato tra il bambino e il medico, giustificato razionalmente dal fatto che il compito istituzionale del pediatra è la cura del bambino. Durante il corso, dalla cui esperienza nascono le riflessioni che qui vi presentiamo, è emersa chiaramente la simpatia per i bambini e la diffidenza verso i genitori sentiti come un possibile elemento di difficoltà sia per i figli che per il pediatra. Infatti, mentre i piccoli pazienti erano descritti con termini quali "piccoli", "fragili", "teneri", i genitori apparivano "invadenti" o, al contrario, "poco presenti", poco attenti ai bisogni dei figli. Se i bambini



sono in qualche modo sentiti come "vittime dei genitori", è comprensibile che la simpatia e l'alleanza del pediatra vadano verso il bambino, e quindi, in qualche modo, "contro" il genitore, con il rischio di sbilanciare il rapporto, rendendo più complicata la necessaria compliance con il genitore stesso.

Dalla necessità di formare il pediatra di base sugli aspetti relazionali a cui abbiamo rapidamente accennato *Il Casalino onlus*, Centro di studi e ricerca psicoanalitica, ha elaborato, su proposta dell'Azienda USL Roma C, un percorso di formazione psicologica per pediatri di base, che si è concretizzato in un Corso di formazione, tenutosi da maggio a novembre 2002 nella stessa ASL.

È questa esperienza di incontro tra pediatri e psicologi-psicoanalisti che presentiamo, con il valore e il limite dato dalla specificità di un'esperienza - siamo perfettamente consapevoli che quello che presentiamo è uno tra i mille possibili percorsi di formazione psicologica in pediatria di base - non è certo "la risposta" ma il resoconto di "una" risposta.

Nell'intento di offrire un'immagine sufficientemente completa del corso che rispetti e rappresenti la specificità di ogni soggetto coinvolto nell'esperienza di formazione, abbiamo pensato di riportare alcune considerazioni e riflessioni rispettivamente di chi ha organizzato, di chi ha condotto e di chi ha usufruito del corso.

## Il punto di vista dell'organizzatore

*Maria Edoarda Trillò*

Il Dipartimento Materno-Infantile della ASL Roma C, che ho diretto dal 1996 fino al 31 dicembre del 2002, ha sempre dato moltissima importanza alla formazione e all'aggiornamento degli operatori dei servizi distrettuali e ospedalieri, ritenendo che fosse indispensabile all'offerta di servizi di qualità ed elemento unificante di metodologie, operatività e pensiero per professionisti della salute con esperienze quotidiane diverse nel lavoro e che agiscono la loro professionalità sullo stesso tipo di utenza.

Per decidere di formare e aggiornare i pediatri sugli aspetti della comunicazione e delle interazioni tra questa e gli aspetti psicologici, determinante è stato il mio essere pediatra, e sapere che dietro la domanda di assistenza ai piccoli pazienti c'è un mondo psicologico e relazionale tutto da scoprire; importante anche è stata la partecipazione al Convegno ACP di Alberobello nel 1997, dove ho avuto modo di prendere i contatti con il gruppo *Change* di Torino, e di definire il corso di counselling in pediatria, che avremmo poi svolto nel 2000 con ottimi risultati di partecipazione e di impatto con i pazienti.

Abbiamo così appreso che il pediatra deve tenere in conto che ha come paziente non solo il bambino ma tutta la sua famiglia, e che la comunicazione medico-paziente diventa comunicazione con il sistema famiglia (madre, famiglia nucleare, famiglia allargata quando sono presenti anche i nonni o più nuclei familiari nel caso di genitori separati). La nostra formazione di medici ci porta a sentire l'obbligo di dare comunque una risposta curativa, a volte senza che la domanda sia espressa o con la pretesa di sapere "decodificare" la domanda o senza riuscire a "leggere" che realmente ci si chiede spazio mentale per l'ascolto.

Con il gruppo de *Il Casalino*, attraverso il corso di formazione in psicologia di base, abbiamo allora costruito un utile complemento dove si andava ad esaminare che la consapevolezza delle risonanze interne provocate dall'incontro con il bambino e la sua famiglia erano altrettanto importanti ai fini della diagnosi o della cura del nostro sapere scientifico. Durante il corso abbiamo fatto la diretta esperienza che nessuno di noi si trova a fare questo lavoro per caso ed è stato così più facile comprendere quanto fosse utile mettersi nei panni di quella madre o di quella famiglia per ottenere quella compliance che ciascuno di noi si aspetta nel suo lavoro.

## Il corso secondo i docenti

*Wanda Grosso e Emilia Attanasio*

L'intento principale che ha informato la struttura del corso e le modalità di conduzione è stato di "problematizzare" la relazione medico-paziente, porre cioè il rapporto umano e professionale che intercorre tra medico e paziente al centro dell'attenzione e delle riflessioni dei partecipanti, aiutando i pediatri a prendere consapevolezza della loro funzione e responsabilità per come le cose vanno nel rapporto col paziente. Il termine paziente nel caso del pediatra include necessariamente sia il bambino che le persone da cui concretamente ed emotivamente dipende.

Si è cercato di offrire al pediatra un'occasione per comprendere:

□ che cosa il paziente porta di sé e della sua storia nell'ambulatorio; quale sia la richiesta vera, mascherata spesso dietro richieste di consigli, pretese di visite ecc.

□ che cosa il pediatra porta in modo consapevole e inconsapevole dentro il rapporto: la motivazione che ha determinato la scelta professionale, cioè la sua storia passata, le aspettative, i bisogni, i desideri soddisfatti e non, che condizionano il rapporto con il paziente.

Una maggior consapevolezza e chiarezza di sé, come professionista e come individuo, può aiutare a capire meglio dove si collocano le difficoltà che ingombrano il campo relazionale (a livello del bambino? dei genitori? del medico?) per poter affrontare il problema nel modo più corretto e più efficace. Una qualsiasi relazione necessita per esistere di almeno due interlocutori, entrambi responsabili per ciò che succede tra di loro; nessuno dei due può però chiedere o pretendere che l'altro attui cambi, anche se in modo utile e auspicabile: può solo cercare di cambiare quello che ricade sotto la propria responsabilità. In questo senso è il medico, in quanto colui che svolge la funzione di aiuto, che ha

### LA FUNZIONE PSICOTERAPEUTICA DEL PEDIATRA

- La medicalizzazione di un disturbo somatoforme è patogena a sua volta, in quanto trattiene nel corpo un problema che è tale proprio perché non trova una possibile espressione mentale.
- La definizione chiara di un problema ha di per sé un valore curativo.
- Fare diagnosi ricolloca il disturbo nella sua dimensione psicologica e conflittuale.
- Trovare un luogo e un tempo per l'ascolto empatico è terapeutico.

la responsabilità di costruire, gestire e mantenere la relazione in un ambito effettivamente “terapeutico”, attuando lui per primo i cambiamenti che sono richiesti a questo scopo (vedi box 1).

Durante il corso, strutturato in sei incontri di sei ore ciascuno, la riflessione sul rapporto che il pediatra costruisce con il suo paziente si è sviluppata secondo un percorso che ci sembra significativo.

All’inizio l’attenzione dei partecipanti era focalizzata su di sé, sulle qualità professionali che rendono il pediatra un bravo clinico, cioè “la competenza, la professionalità”. I pediatri cercavano di aderire a questa immagine mostrando a se stessi e al gruppo di “saper fare”. In seguito il focus dell’attenzione si è spostato sui pazienti: «Perché quel bambino dice o fa così?», «Perché quella madre/padre fa questo?», «Che cosa può significare che...?».

Acquistava dunque maggior peso la presenza dell’altro, dell’interlocutore; aumentava l’interesse a capire chi fosse, cosa volesse: ecco che le qualità considerate importanti per un bravo pediatra sono diventate la “capacità di ascolto”, la “disponibilità”. Alla fine l’interesse è ritornato sul pediatra stesso, a quegli aspetti personali di sé che intervengono e indirizzano la relazione con il paziente.

Un partecipante, nella riflessione finale sul corso, affermava che si era reso conto che più che voler che la situazione o il paziente cambi, “possiamo intanto agire su di noi”.

Come forse appare già chiaro, i conduttori, tutti psicoterapeuti analisti con esperienze professionali differenziate (psicoterapia dell’infanzia e adolescenza, psicoterapia di gruppo, pediatria, formazione di operatori sociali e sanitari, docenza universitaria), hanno proposto una chiave di lettura di tipo analitico. Hanno cioè proposto l’utilizzazione di conoscenze e strumenti di interpretazione delle dinamiche intrapsichiche e interpersonali che si rifanno alle teorie di psicologia del profondo, applicate a contesti non strettamente psicoterapeutici.

La stessa modalità di conduzione del corso intendeva offrire una occasione per acquisire non solo conoscenze teoriche ma competenze che potessero diventare bagaglio personale utilizzabile in altre situazioni. Può essere esportato solo ciò di cui si è fatto in qualche modo esperienza diretta, cioè ciò che ci ha “toccato”.

In questa ottica si è cercato per prima cosa che i singoli partecipanti diventassero parte di un “gruppo” che condivideva una medesima esperienza.

Ritenendo che il vero apprendimento implichi un processo attivo di conoscenza che coinvolge sia la sfera cognitiva che affettiva: “si impara ciò che si ama”, si apprende cioè se c’è intensità, interesse, coinvolgimento diretto nel processo di apprendimento; si è privilegiato, rispetto alla lezione-relazione ex-cathedra, il lavoro di gruppo e in piccoli gruppi, le simulate, le discussioni di casi portati dai partecipanti. Anche i contributi teorici presentati dai docenti erano strettamente collegati al materiale clinico ed esperienziale.

### Dallo spazio fisico allo spazio mentale

Il primo intervento per creare un ambiente dove “pensare insieme” è passato attraverso la ridistribuzione delle sedie nello spazio della sala, chiedendo ai partecipanti di metterci in cerchio. Già questo piccolo cambiamento ha comportato delle difficoltà: “è scomodo, non ci si può appoggiare al

tavolo, ho problemi alla schiena...”, che possiamo leggere come iniziali resistenze a lasciare la sicurezza di un modello tradizionale di apprendimento. Il tavolo davanti a sé rappresenta sia una sicurezza di continuità col passato sia una difesa verso una situazione nuova e, come tale, fuori dal proprio controllo. Superare queste diffidenze iniziali ha poi aiutato a creare un ambiente di partecipazione e condivisione, dove mano a mano è stato possibile esporsi e mostrare i punti di difficoltà nel proprio modo di essere pediatri. Tale apertura ha permesso di ripensare alla motivazione che ha portato ognuno a scegliere la professione di medico e più precisamente di pediatra, una professione di aiuto in cui si ha a che fare, concretamente e simbolicamente, con un bambino da guarire e dei genitori spesso sentiti come non sufficientemente adeguati o fragili.

L’immagine del medico come “guaritore ferito” ha molto colpito i partecipanti che si sono ritrovati a pensare alle proprie “ferite”:

*«Il guaritore ferito rappresenta il dolore contenuto nella comune matrice umana, corporea e mortale, che unisce, al di là dei ruoli, medico e paziente. Per poter curare, il medico non deve mai pensarsi separato dal suo aspetto di paziente. La repressione di questo polo della coppia porterebbe il medico a una soglia pericolosa, caratterizzata dalla convinzione di non aver nulla a che fare con la malattia. Analogamente, quando una persona si ammala, è importante che venga alla luce la figura del paziente/medico, cioè il fattore di guarigione interno al paziente, un medico - senza ferite - non può attivare il fattore di guarigione del paziente».*

Adolf Guggenbuhl-Craig,  
Al di sopra del malato e della malattia.  
Raffaello Cortina Ed., 1987

Durante la discussione su come si arriva a fare il medico e il pediatra, le prime motivazioni apparivano casuali e/o molto razionali: «C’erano i film del Dr. Kildare in TV», «Volevo capire la relazione mente-corpo», poi hanno acquistato spessore diventando più personali. Un partecipante raccontò della morte di un genitore per tumore, avvenuta quando era bambino, che forse lo ha spinto a fare il medico. Inizialmente voleva fare cardiocirurgia mentre si è ritrovato per molti anni in oncologia pediatrica dove ha sperimentato l’impotenza e il limite della medicina (e rivissuto e rielaborato l’impotenza e il limite provati da bambino di fronte al tumore e la morte del genitore). La pediatria di base era stata una scelta di minor sofferenza, ma forse anche - come il gruppo ha sottolineato - una scelta di vita. L’intervento diretto sullo spazio fisico, disponendo le sedie in circolo, voleva rappresentare, anche concretamente, ciò che simbolicamente si andava strutturando nel gruppo: uno spazio psichico comune dove pensieri, emozioni, affetti potessero liberamente circolare.

Perché i vissuti più personali potessero emergere, l’ambiente doveva essere sufficientemente accogliente; i conduttori hanno dunque evitato di analizzare un fatto, un evento nei termini valutativi giusto-sbagliato, va bene-non va bene, proponendo invece una lettura che cercasse il senso delle cose. La sospensione del giudizio “giusto-sbagliato” ha effettivamente permesso di allentare le strutture



difensive dei partecipanti che soprattutto inizialmente cercavano di fare bella figura. Sono allora emersi i nodi problematici, le insicurezze, le richieste implicite di gratificazione e di rinforzo che il pediatra, più o meno inconsapevolmente, rivolge al paziente. Questo atteggiamento, usato dai conduttori sia nel qui ed ora del gruppo che nei confronti del materiale portato dai pediatri, ha indirizzato l'interesse verso l'osservazione e la comprensione di ciò che avviene nello scambio relazionale. Tale impostazione ha offerto nuove letture e significati ai comportamenti e alle comunicazioni che intercorrono fra paziente e medico. L'attenzione del gruppo si è dunque spostata dalle qualità professionali del medico: la competenza e la conoscenza della scienza medica, alle qualità psichiche del medico: le emozioni, i vissuti, le sensazioni che prova nell'incontro con il paziente, che, se ben utilizzate, possono diventare un ulteriore strumento di conoscenza di ciò che succede tra medico e paziente.

### L'ascolto di sé e del paziente

Potersi permettere di dire o pensare "quel paziente mi sta antipatico, quella madre non la sopporto" per esempio, senza immediatamente censurare l'emozione o compensarla con un comportamento magari eccessivamente benevolo, seduttivo verso quel paziente, è stato un primo passo verso una maggior consapevolezza di sé e dei propri moti emotivi, a volte ambivalenti e contrastanti. Riconoscere ed accettare quello che si prova permette il passo successivo di interrogarsi sul perché di quel sentimento. Questo approccio ha aperto nuovi spazi di pensiero sia nel gruppo che individuali, usando le parole di un partecipante: «È come se mi si fosse aperto un altro occhio»

Aver sperimentato la possibilità di essere ascoltati-ascoltare in modo empatico, seppur nei limiti di un corso, siamo convinti possa contribuire a porre le prime basi per un'attitudine ad "ascoltare" veramente il paziente, a vederlo come un collaboratore. Vorremmo ora evidenziare questa modalità di "ascolto", proponendo un piccolo flash clinico su

una situazione che il pediatra spesso vive come problematica e che riguarda la relazione conflittuale con "la madre prepotente o arrogante". È la madre che arriva sempre fuori orario, che non chiede, ma pretende una visita domiciliare urgente: "lei deve venire". In queste situazioni l'immediata reazione emotiva del medico, che si sente negato sia nella sua funzione professionale che come interlocutore, si tende a configurare secondo due modalità:

□ come reazione di attacco: il pediatra si trova a litigare più o meno apertamente con la madre nel tentativo di definire chi comandi, chi detenga il potere;

□ come reazione di fuga: il pediatra cerca cioè di "liberarsi" della madre. La fuga può avvenire o allontanandosi concretamente, per esempio il paziente può essere ricusato, oppure in modo meno evidente, il pediatra si può allontanare emotivamente: "faccio quello che chiedi, non perché lo ritengo giusto per te e per me, ma per evitare di stare, avere a che fare con te", detto in altro modo "ti accontento, così mi libero di te".

È difficile andare oltre la provocazione, vedere al di là dell'arroganza e del bisogno di controllo che la madre mostra, l'insicurezza e il timore del rifiuto di chi non riesce a chiedere, la fragilità e la solitudine di chi non può affidarsi con fiducia al medico. Ascoltare in questo caso vuol dire "stare nella situazione problema", potersi avvicinare allo stato emotivo della madre con l'interesse a conoscere cosa realmente voglia.

### Lo spazio di attesa tra domanda e risposta

La scarsa capacità ad ascoltare si collega all'abitudine mentale e professionale propria del medico di avere per ogni domanda sempre la risposta pronta. In effetti, un bravo medico è tale se di fronte alla malattia riconosce l'agente patogeno e offre la risposta-terapia adeguata nel più breve tempo possibile. Più questo percorso è diretto e veloce, più il medico è considerato e si considera efficiente e capace. Per quel che riguarda il campo delle relazioni, il discorso è molto diverso: saper ascoltare vuol dire poter aspettare per sentire che cosa il paziente dice, che cosa chiede esplicitamente e implicitamente, accettando sia di non capire sia di non avere la risposta, che spesso in campo psicologico non spetta al medico.

Al medico spetta il compito di chiarire e definire l'ambito del problema e comunicarlo al paziente. Non avere la risposta che l'altro chiede, significa da una parte tollerare di non corrispondere con l'immagine del medico che ha le risposte, che è bravo e sa tutto, dall'altra tollerare la tensione e l'ansia del paziente che chiede con urgenza. Creare uno spazio di collaborazione implica che il medico aiuti il paziente a cercare la sua soluzione, e non offrirgliene una che, pur se valida, resta la soluzione del medico.

Il gruppo di pediatri ha sperimentato la frustrazione di porre domande ai conduttori di solito riguardanti norme di comportamento, ("ma allora che devo fare con questo bambino? che cosa si deve dire alla madre?...") senza ricevere risposte dirette. La mancanza di risposta ha obbligato a stare nel limbo della sospensione, dell'attesa, del non sapere, e scoprire poi però che si poteva insieme avviare un

processo di ricerca di una propria risposta, forse non la migliore ma quella più confacente a sé.

Come abbiamo cercato di chiarire anche durante il corso, è importante che il pediatra continui ad essere e a fare il pediatra; gli strumenti psicologici di comprensione e le competenze relazionali debbono servire per lavorare con più soddisfazione e maggior piacevolezza per sé e i propri pazienti. La definizione dell'ambito del proprio intervento deve essere chiara, in modo tale che le fantasie di potenza, sempre in agguato dietro le professioni di aiuto, non trovino alimento nel pediatra anche psicologo che di nuovo tutto sa, sia di psiche che di soma, più dei pediatri solo pediatri, per non dire dei poveri genitori.

## Il punto di vista dei partecipanti

### Riflessioni di Vitantonio Marzulli

Molte volte nel mio ambulatorio, presa dalla fretta tra una visita e l'altra, con i bambini vocianti di là in sala d'attesa, sono portata a dare risposte rapide, ricette veloci, insomma a soddisfare frettolosamente le richieste di salute "fisica".

Ecco che invece un corso di formazione psicologica mi fa scoprire (ma forse non lo sapevo, oppure lo avevo dimenticato?) che il bambino - e tutta la sua famiglia - mi richiede un benessere anche "psichico".

Allora imparo a conoscere il bambino nel suo percorso di crescita psicologica e relazionale.

Imparo a interpretare la comunicazione all'interno della famiglia: quanto possono essere importanti uno sguardo, un gesto, una parola, se solo mi soffermo ad osservare e ascoltare. Oppure intuire le cose non dette, saper accogliere le richieste di aiuto, anche se mi vengono poste in modi e tempi inopportuni. Imparo che posso - anzi a volte devo - lasciare un tempo di attesa per il mio consiglio: un tempo di ascolto e di condivisione, in cui maturare e crescere insieme prima di trovare la risposta migliore.

Ma soprattutto maturo la consapevolezza di me stessa e del mio modo di essere pediatra: gettare un occhio al mio interno - e questo rappresenta per me una vera scoperta - vuol dire chiedermi perché mi comporto o reagisco in una certa maniera. Ma allora posso operare su me stessa per migliorare la mia professionalità non solo medica ma anche umana, per poter lavorare in maniera più efficace all'interno del rapporto tra bambino e famiglia.

Sicuramente ci saranno ancora bambini vocianti in sala d'attesa, ma dopo questa esperienza mi sembra di aver acquisito una dimensione nuova, un respiro più ampio, una capacità di ascolto più matura e sensibile; continuerò questo percorso?

### Riflessioni di Agata Montalbano e Giuseppina Gherardini

Durante gli anni dell'università e della specializzazione abbiamo studiato come riconoscere le varie patologie, come prevenirle, come trattarle. Nella maggior parte dei corsi di aggiornamento che abbiamo frequentato negli anni successivi e nei congressi ai quali abbiamo partecipato, abbiamo sempre più messo a fuoco le malattie di interesse pe-

diatrico e abbiamo appreso quale fosse il comportamento più corretto da tenere. Nella pratica quotidiana, in realtà, l'individuazione della patologia e il suo eventuale trattamento sono solo una parte, e forse neanche la più consistente, della nostra attività professionale. A volte ci è capitato di scontrarci con realtà in cui il fallimento era legato non a una diagnosi o a una terapia sbagliata, ma a un mancato rapporto di fiducia reciproco. Tutto ciò senza considerare che spesso, come pediatri di famiglia, i problemi che ci vengono sottoposti non sono di natura organica e non riguardano il bambino da solo ma tutto l'ambiente in cui vive. Bisogna inoltre considerare che il pediatra è una persona e che il proprio vissuto condiziona in maniera non indifferente anche il suo modo di essere pediatra. Appare quindi evidente come sarebbe assolutamente necessario che conoscessimo i meccanismi che regolano i vari sistemi familiari e la modalità più corretta di inserirsi in questi sistemi; ancora più importante è la conoscenza che ogni medico ha di sé stesso perché, in definitiva, interagiamo con la famiglia dei nostri pazienti anche come persone oltre che come professionisti. Dopo molti anni di attività professionale è stato molto interessante renderci conto per quale motivo ci comportiamo in un determinato modo con i pazienti, perché, a volte, non riusciamo a instaurare un rapporto di fiducia reciproco, perché gli errori, a volte anche diagnostici o terapeutici, sono spesso riconducibili al tipo di rapporto instaurato. Avere consapevolezza del proprio modo di operare non può che migliorare la nostra attività professionale e aiutarci a rispondere meglio alle esigenze dei nostri pazienti. Positivo è stato il piccolo numero di partecipanti che ha permesso a tutti di intervenire attivamente, portando le proprie esperienze e illustrando situazioni spesso comuni nella pratica quotidiana del pediatra. Positivo è stato il fatto che ognuno dei partecipanti avesse maturato da più anni esperienza nella pediatria di base (pediatria di famiglia, consultori, asilo nido) e avesse già un bagaglio di esperienze su cui interrogarsi e riflettere.

Riteniamo che corsi di psicologia così strutturati dovrebbero essere parte integrante della formazione universitaria di tutti i pediatri e successivamente, negli anni post-universitari, riproposti specialmente a chi si dedica alla pediatria di base, soprattutto a chi dichiara la propria scarsa dimestichezza con la psicologia.

