

PSICOLOGIA E PEDIATRIA

Strumenti per le professioni
socio-sanitarie

Prefazione di
ALBERTO GIOVANNI UGAZIO
Postfazione di
GIUSEPPE LUIGI PALMA

A cura di
PIER LUIGI RIGHETTI
LUCIO SANTORO
FRANCESCO SINATORA
MARCO RICCA



*Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo*

FrancoAngeli

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a “FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano”.

PSICOLOGIA E PEDIATRIA

**Strumenti per le professioni
socio-sanitarie**

A cura di

PIER LUIGI RIGHETTI

LUCIO SANTORO

FRANCESCO SINATORA

MARCO RICCA

***Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo***

FrancoAngeli

Questo volume è stato pubblicato grazie al contributo della Associazione Onlus “Midget-Pediatria di Venezia” che da anni sostiene tutte le iniziative in favore del Reparto di Pediatria dell’Ospedale Civile di Venezia e di tutti bambini veneziani che vi vengono assistiti.

Grafica della copertina: Alessandro Petrini

Copyright © 2013 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L’opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d’autore. L’Utente nel momento in cui effettua il download dell’opera accetta tutte le condizioni della licenza d’uso dell’opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

*A tutti i bambini...
quelli sani e quelli ammalati*

Indice

Prefazione , di <i>Alberto Giovanni Ugazio</i>	pag.	9
Introduzione: perché “psicologia e pediatria”... attraverso la psicologia pediatrica , di <i>Pier Luigi Righetti, Lucio Santoro, Francesco Sinatora e Marco Ricca</i>	»	13
1. Alcune definizioni	»	13
2. Alcuni dati epidemiologici	»	19
3. La strutturazione e il percorso teorico-clinico di questo testo	»	26
Riferimenti bibliografici	»	27
1. Bambini in pigiama. Il vissuto psicologico nel bambino ricoverato , di <i>Pier Luigi Righetti, Micaela Caragiulo e Giovanni Battista Pozzan</i>	»	29
1. Il bambino e la malattia	»	30
2. Il bambino e la paura verso l'ospedale	»	33
3. Il sostegno psicologico al bambino ricoverato	»	37
4. Conclusioni	»	40
Riferimenti bibliografici	»	41
2. Il ricovero in terapia intensiva neonatale , di <i>Valerio Carlo Bellieni e Rosanna Ciampa</i>	»	43
1. Il neonato pre-termine	»	43
2. Le cause della prematurità	»	45
3. L'ambiente TIN	»	46
4. Il dolore di chi?	»	52
5. Proposta di intervento psicologico	»	61
6. Conclusioni	»	64
Riferimenti bibliografici	»	64

3. “Il piccolo chirurgo”: psicologia e chirurgia pediatrica,	
di <i>Marco Gasparella, Mario Ferro e Giampiero Perrino</i>	pag. 68
1. Dimensione psicologica nel bambino e nella famiglia in chirurgia	» 68
2. Chirurgia Pediatrica e iter clinico-terapeutico: dalla “mini- psiche” al “mini-bisturi”	» 69
3. Esperienza in un Reparto di Chirurgia Pediatrica	» 73
4. Conclusioni	» 75
Riferimenti bibliografici	» 75
4. Il ruolo della scuola interna e dei momenti di gioco nel reparto di pediatria, di <i>Maria Pia Vivolo</i>	» 77
1. Excursus storico-legislativo della scuola in ospedale	» 77
2. Le maestre del cuore	» 78
3. Dall’attività didattica al gioco	» 80
4. Per raccontarsi un po’... tra patologia pediatrica ed emotività	» 81
5. Conclusioni	» 89
Riferimenti bibliografici	» 90
5. L’intervento psicologico con bambini e adolescenti in attesa e trapiantati d’organo, di <i>Marco Ricca, Francesco Sinatora e Silvia Casella</i>	» 91
1. L’inquadramento giuridico	» 92
2. La ricerca internazionale	» 95
3. Aspetti psicologici legati all’iter del trapianto	» 98
4. Valutazione ed intervento	» 102
5. Conclusioni	» 105
Riferimenti bibliografici	» 105
6. Televisione e clown come analgesico: in sala operato- ria col sorriso e non, di <i>Daniela Meucci, Rossella Angotti e Mario Messina</i>	» 108
1. Introduzione	» 108
2. Il dolore nel bambino	» 109
3. Lo stress nel bambino	» 111
4. La terapia	» 112
5. L’uso della realtà virtuale in medicina	» 114
6. La clownterapia	» 115
7. Esperienza della Chirurgia Pediatrica di Siena	» 118
8. Conclusioni	» 122
Riferimenti bibliografici	» 123

7. Il sostegno psicologico del bambino ustionato e dei suoi caregivers , di <i>Valentina Boscolo</i>	pag. 125
1. Aspetti introduttivi	» 125
2. Caratteristiche delle ustioni in età pediatrica	» 127
3. La consultazione psicologica in ospedale con il bambino ustionato e i suoi caregivers	» 128
4. Il significato dell'ustione nel funzionamento psicologico infantile	» 131
Riferimenti bibliografici	» 134
8. Allergo-immunologia e psiche , di <i>Lucio Santoro e Massimiliano De Bortoli</i>	» 135
1. Aspetti introduttivi	» 135
2. Malattia psicosomatica e "stress"	» 139
3. Patologia pediatrica di origine psicosomatica	» 143
4. Conclusioni	» 149
Riferimenti bibliografici	» 150
9. Il bambino con tumore e la sua famiglia: aspetti pediatrici e psicologici , di <i>Massimiliano De Bortoli e Lucio Santoro</i>	» 151
1. Lo stress, il coping e i disturbi post-traumatici	» 153
2. Il dolore e la morte	» 159
3. I genitori e i fratelli del bambino ammalato di cancro	» 161
4. L'intervento psicologico sul bambino malato di tumore	» 164
5. La comunicazione	» 166
6. Le conseguenze a lungo termine nei malati	» 168
7. Conclusioni	» 170
Riferimenti bibliografici	» 170
10. Il bambino con diabete , di <i>Michela Chirico</i>	» 173
1. Concetti generali	» 173
2. Il diabete insulino-dipendente	» 174
3. Principi generali di trattamento	» 179
4. Aspetti psicologici nel bambino diabetico	» 183
5. Conclusioni	» 186
Riferimenti bibliografici	» 187
11. Psicologia e pediatria di famiglia , di <i>Andrea Righetti</i>	» 189
1. La relazione: agire dell'uomo	» 189
2. Nel concreto dell'esperienza	» 193
3. Conclusioni	» 199
Riferimenti bibliografici	» 199

12. Il cibo tra pediatra, famiglia e bambino , di <i>Grazia Maria Fava Vizziello</i>	pag.	200
1. Solo, la fame toglie il nome...	»	200
2. Il cibo come piacere ed i giochi relazionali intorno ad esso	»	202
Riferimenti bibliografici	»	208
13. Riflessioni bioetiche in ambito pediatrico , di <i>Giovanna Zanini e Paola Cavicchioli</i>	»	209
1. Bioetica in pediatria	»	209
2. Questioni etiche	»	210
3. La consulenza etica in ambito sanitario	»	221
4. L'orizzonte relazionale in pediatria	»	222
Riferimenti bibliografici	»	223
Conclusioni: un giorno... come tanti altri... tra i sorrisi , di <i>Pier Luigi Righetti, Lucio Santoro, Francesco Sinatora e Marco Ricca</i>	»	224
1. La cura del bambino attraverso la Semeiotica Positiva	»	224
2. Gli obiettivi raggiunti con questo testo	»	228
Riferimenti bibliografici	»	229
Post-fazione: per una collaborazione tra “psicologia e pediatria” , di <i>Giuseppe Luigi Palma</i>	»	230
Gli autori	»	233

Prefazione

di *Alberto Giovanni Ugazio**

La pediatria contemporanea evolve sempre più rapidamente, in misura per molti versi radicale, in funzione dei rapidi e profondi mutamenti cui è andata incontro non soltanto la sociologia del bambino e della sua famiglia ma la stessa patologia con cui deve confrontarsi e quella che deve prevenire. Cala la natalità eppure continua a crescere, nel nostro come in tutti i Paesi industrializzati, il numero di bambini con malattie croniche. È un aumento che coinvolge sia i bambini e i ragazzi con patologie croniche relativamente semplici (Children with Special Health Care Needs, CSHCN) – paradigmaticamente i bambini e i ragazzi diabetici – sia bambini e ragazzi con patologie croniche che necessitano di un costante e gravoso sostegno familiare, con gravi limitazioni funzionali e ricorso intensivo ai servizi sanitari. È il gruppo dei “Children with Medical Complexity” (CMC) cui appartengono i soggetti con gravi patologie genetiche neuromuscolari, molti bambini con importanti danni neurologici perinatali e alcuni dei bambini nati gravemente pretermine. In larga misura, questo incremento testimonia la grandezza e i limiti della medicina contemporanea: siamo in grado di salvare la vita a molti bambini che un tempo morivano nel giro di pochi giorni o di pochi mesi ma non siamo in grado di guarirli. Sappiamo trasformare condizioni un tempo rapidamente mortali in malattie croniche.

Tutti questi bambini e questi ragazzi necessitano di un’assistenza multiprofessionale e multispecialistica integrata che sappia coinvolgere il bambino e la famiglia nella formulazione del piano di cura, quindi in tutte le scelte diagnostiche e terapeutiche. Integrata perché – come assai opportunamente sottolineano i Curatori di questo volume – non possiamo in alcun modo prescindere da “una presa in carico globale del bambino ammalato e della sua famiglia”.

Questa profonda trasformazione dell’assistenza pediatrica sta coinvolgendo sia l’ospedale che il territorio perché la patologia acuta, con l’ovvia ma importante eccezione dei bambini che necessitano di terapia intensiva, sta

* Past president della Società Italiana di Pediatria.

diventando sempre più affrontabile – e va quindi affrontata e risolta – a domicilio, senza sottrarre il bambino al suo mondo e alla sua famiglia.

La trasformazione dei modelli assistenziali è ulteriormente accelerata dai profondi mutamenti della stessa pediatria preventiva. La sempre maggior consapevolezza che la salute dell'adulto e dell'anziano si gioca fin dalla vita intra-uterina e poi nei primi mesi, al più nei primi anni di vita, significa per l'area pediatrica sapere e potere promuovere stili di vita salutari fin dalla nascita. Un'impresa questa – basti pensare alla corretta alimentazione e all'importanza dell'attività fisica – che il pediatra non può certo affrontare da solo: l'approccio multidisciplinare deve inserirsi qui in un più ampio coinvolgimento di tutti gli stakeholder del mondo del bambino.

È in questo quadro complessivo di rapida e profonda evoluzione dell'assistenza pediatrica, della promozione e della tutela della salute fisica, psichica e sociale del bambino che va egregiamente molto opportunamente ad inserirsi “Psicologia e Pediatria”. Perché non è pensabile un approccio multiprofessionale integrato, un'équipe assistenziale per il bambino, che possa prescindere dalla figura dello Psicologo. Il modello della “Pediatric Home” statunitense è in questo senso assai significativo anche perché il nostro Paese e gli Stati Uniti sono accomunati – assai più di molti altri Paesi europei – da una Pediatria universalistica che rappresenta certamente una connotazione di eccellenza per la sanità italiana. E la “Pediatric Home” si fonda su tre figure centrali: il pediatra, lo psicologo e l'infermiere pediatrico che coordinano un gran numero di specialisti e di figure professionali necessarie per l'assistenza ai bambini ed ai ragazzi con malattie croniche e per la promozione della salute. È una strada che, con gli adeguamenti e le variazioni del caso, è ormai stata imboccata dalla nostra pediatria di famiglia e che porterà rapidamente ad una profonda trasformazione dell'assistenza sanitaria.

Per altro, la necessità di una stretta integrazione culturale e professionale tra pediatra e psicologo è ulteriormente sottolineata dalla consapevolezza crescente di quanto frequenti e rilevanti siano le alterazioni dello sviluppo psicologico nella storia naturale della malattia, ancor più se cronica. Le interazioni dinamiche e bidirezionali tra psiche e soma (o dovremmo dire tra componenti dell'io che non siamo ancora in grado di descrivere con un unico linguaggio?) sono assai bene esemplificate dai rapporti tra psiche e sistema immunitario, dal ruolo dello stress nella genesi delle malattie psicosomatiche e dal suo impatto sulla funzione immune, dai dati non equivoci che, sia pure con meccanismi che ancora ci sfuggono, collegano alterazioni psichiche e dell'immunità innata – l'infiammazione – con la genesi dell'obesità.

Concordo con i Curatori di “Psicologia e pediatria”: è una lettura che “fa riflettere”. Merita quindi l'attenzione di tutti i pediatri che sono certo non perderanno questa occasione preziosa.

Roma, maggio 2013

Introduzione: perché “psicologia e pediatria”... attraverso la psicologia pediatrica¹

di Pier Luigi Righetti, Lucio Santoro, Francesco Sinatora e Marco Ricca

Tra il primario che offre il gelato, la allergologa che offre le pizzette, i medici e gli infermieri bravissimi e buonissimi ci si sente proprio bene anche quando si è un po' giù di morale.

Serena, 10 anni, si veda il cap. 2

Quando un bambino è ricoverato in ospedale o vive un'esperienza di patologia cronica si vengono ad intrecciare tutta una serie di vissuti psicologici e propriamente “organici” determinati dalla condizione fisica che sempre portano i clinici a dover lavorare su due piani di intervento: quello Psicologico e quello Pediatrico. Inoltre, questo tipo di esperienze, oltre che coinvolgere il personale che si prende cura del bambino – sempre su di un piano Psicologico e Pediatrico – coinvolge pienamente la sua famiglia e i suoi care giver.

Bambino, famiglia, ospedale, cronicità, personale sanitario, ecc., sono i temi di cui ci si occupa lungo le pagine di questo libro.

1. Alcune definizioni

L'esperienza clinica (e la letteratura in merito) insegna che più del 60% di prestazioni pediatriche sono correlate ad aspetti emotivi, psicologici e neuro-comportamentali e spesso il pediatra presenta una preparazione poco adeguata ad affrontarli; senza dimenticare che molta psicopatologia in età pediatrica è caratterizzata anche da eziopatogenesi e/o sintomatologia organica. “Per molti versi questo ha determinato una sorta di disattenzione a quelle che sono, nel corso dello sviluppo del bambino, le condizioni più frequenti di disagio legate alle conseguenze fisiche ed emotive della malattia pediatrica. Una febbre alta, un ricovero ospedaliero, un intervento chirurgico, una patologia cronica sono tutte condizioni che espongono il bam-

1. Una buona rassegna sui temi trattati in questa parte introduttiva la si può trovare in: Baldini, 2009.

bino, peraltro sano ed integro psicologicamente, a condizioni di stress fisico ed emotivo, dando luogo molto spesso a reazioni che, se particolarmente intense e prolungate nel tempo, costituiscono le condizioni per l'instaurarsi di forme reattive psicopatologiche" (Baldini, 2009, p. VIII).

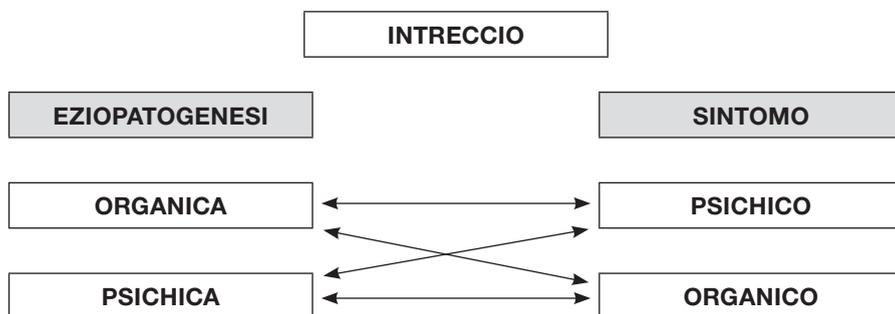
La Psicologia è la scienza che studia il comportamento, i processi mentali, cognitivi e relazionali degli individui e il loro ambiente (Legrenzi, 1999), studia il contatto creativo tra organismo e ambiente (Perls, Hefferline, Goodman, 1997).

La Pediatria è una branca della medicina che si interessa dello sviluppo psicofisico del bambino occupandosi della diagnosi e della terapia delle sue malattie (Kliegman, Behman, Jenson, Stanton, 2009).

Questo testo – che abbraccia un modo fenomenologico di vedere e curare il bambino (Righetti, 2005) – si intitola “Psicologia e Pediatria” e non, come potrebbe essere più semplice “Psicologia Pediatrica”, anche se trae molto dalla Psicologia Pediatrica, perché?

Il percorso tracciato dai vari capitoli che costituiscono questo lavoro vuole essere il tentativo di passare dalla Psicologia alla Pediatria – e viceversa – per trattare di Psicologia e Pediatria, in un intreccio di conoscenze e protocolli dove il piccolo paziente (curato pediatricamente) viene valutato nella sua espressione emotiva che la patologia può dare (quindi, curato anche psicologicamente).

La Psicologia Pediatrica tratta di bambini sani dal punto di vista psicologico ma che a causa di una patologia organica (e un eventuale esperienza di ricovero ospedaliero) sono sottoposti a forte stress; abbiamo scelto di trattare di “Psicologia e Pediatria” per portare su di un unico piano clinico e pragmatico due diverse discipline al servizio di un unico paziente; due diverse discipline che mantengono una loro identità ben definibile e scissa ma che si incontrano in un unico scopo: la presa a carico globale del bambino ammalato e della sua famiglia. In questo senso (anche se questo testo tratta di Psicologia Pediatrica) crediamo che a seconda delle situazioni emerse possa prendere maggiore rilevanza un intervento pediatrico o un intervento psicologico e/o un intervento psicologico-pediatrico; da qui la necessità di proporre comunque una modalità teorica e terapeutica dove pediatria e psicologia si uniscono in modo olistico. Può accadere che l'eziopatogenesi sia di tipo organica (pediatrica) con sintomatologia psichica, oppure che l'eziopatogenesi sia di tipo psichica con sintomatologia organica (pediatrica): un intreccio di situazioni (si veda la figura che segue) che vedono al centro del processo di cura il bambino.



Trattare quindi di “Psicologia e Pediatria” significa – in parte – trattare di Psicologia Pediatrica, una disciplina nata negli Stati Uniti quando nel 1889 Lightner Witmer nella sua clinica di psicologia inizia ad occuparsi di bambini con disturbi dell’apprendimento e difficoltà scolastiche (Routh, 1975). Più tardi William Haley (psichiatra) e la moglie Augusta Bronner (psicologa) a Boston fondano il Judge Guidance Center.

Alcuni anni dopo la Psicologia Clinica Infantile – come, in generale, un po’ tutta la Psicologia – inizia a stringere maggiore collaborazione con la Psichiatria accantonando l’interesse verso la Pediatria.

“[...] Psichiatria e Psicologia. Queste due discipline si ritrovarono, infatti, nel far convergere i loro interessi sulla psicopatologia infantile, trascurando pressoché totalmente lo sviluppo infantile normale e il trattamento di bambini mentalmente sani, sottoposti a forte stress a seguito di condizioni mediche gravi. La quasi esclusiva collaborazione tra la Psicologia Clinica e la Psichiatria portò al graduale allontanamento della Psicologia Clinica Infantile dalla Medicina proprio nel momento in cui lo psicologo vedeva la propria presenza accettata nelle comunità accademiche e nei setting clinici. A questa non facile condizione, si aggiunse una carente condivisione di interessi comuni tra la Psicologia Infantile e la Pediatria dovuta in parte al fatto che la Pediatria, essa stessa una specializzazione medica con pochi decenni di vita, era troppo incentrata sulla nutrizione e sulla cura dei bambini malati, allora argomenti di interesse prevalente per dedicarsi ad altre tematiche (Smuts, 1986), e in parte al fatto che la Pediatria iniziò a percepire la Psichiatria come intrusiva, con il conseguente formarsi tra i pediatri di un forte pregiudizio non solo nei confronti degli psichiatri infantili, ma anche verso gli psicologi, uniti ai primi da una stretta collaborazione (Work, 1986) [...]. Dopo la seconda guerra mondiale, si assistette ad un rapido sviluppo in quasi tutte le aree della Psicologia, al quale la Psicologia Medica non fece eccezione. La presenza degli psicologi nelle facoltà di Medicina passò da 4 per università nel 1955 a 8 nel 1960 (Nathan *et al.*, 2979). Contemporaneamente, la Psicologia Clinica Infantile si ritagliò una

sua propria area di intervento, distaccandosi dalla Psichiatria e concentrando il suo interesse sullo sviluppo normale del bambino, al fine di pervenire ad una definizione delle competenze evolutive (Peterson, Burbach, 1988). In tal modo, venivano anche gettate le basi per il costituirsi della Psicologia Pediatrica” (Baldini, 2009, pp. 1-2).

Nel 1965 Jerome Kagan parla di un “nuovo matrimonio” tra Psicologia e Pediatria che porta Logan Wright nel 1967 a pubblicare l’articolo “The Pediatric Psychologist: A Role Model” dove inventa il termine Psicologia Pediatrica definendo lo Psicologo Pediatra come colui che si occupa psicologicamente di bambini in ambito medico non psichiatrico.

Alcune definizioni di Psicologia Pediatrica che si trovano nella trattazione di Baldini (2009, pp. 5-7, corsivo nel testo).

“Psicologia della Salute del Bambino (Child Health Psychology)”, “Medicina Pediatrica Comportamentale (Pediatric Behavioral Medi-Psychology)”, “Medicina Pediatrica Comportamentale (Pediatric Behavioral Medicine)”, “Pediatria Biosociale (Biosocial Pediatrics)”, “Pediatria Evolutivo-Comportamentale (Developmental-Behavioral Pediatrics)”, “Pediatria Clinica Comportamentale (Clinical Behavioral Pediatrics)”. [...] Una denominazione che ha avuto una buona accoglienza è quella di “Pediatria Comportamentale” di La Greca e Stone (1985) secondo la quale essa “*si focalizza sul modo in cui i fattori psicologici contribuiscono alla eziologia delle varie malattie del bambino (ad es. l’asma), alle sequelle psicologiche dei vari problemi medici (ad es. intervento chirurgico al cuore, leucemie), e ai fattori psicologici che contribuiscono al mantenimento di cure mediche adeguate (ad es. adeguamento alla dieta nel diabete giovanile)*” [...] Wright caratterizza la Psicologia Pediatrica come “*impegnata ad occuparsi primariamente di bambini in ambiente medico non psichiatrico*” [...] Il rapido progresso del settore e la sempre maggiore integrazione fra Psicologia Evolutiva e Pediatria hanno favorito una migliore definizione degli ambiti di intervento e una migliore definizione della disciplina che, dal 1988 ad oggi, è formulata da Roberts, La Greca e Harper, nei seguenti termini: “*La Psicologia Pediatrica come ambito scientifico e pratica clinica si applica allo sviluppo fisico e psicologico, alla salute, ai disturbi derivanti dalle malattie dei bambini, degli adolescenti e delle loro famiglie. Come parte di un’area molto sfaccettata, gli psicologi ricercatori/professionisti dell’ambito psicologico-pediatrico indagano la relazione tra la salute psicologica e fisica e il benessere dei bambini e degli adolescenti in una prospettiva evolutiva, tenendo nel debito conto i contesti famigliari, chi si prende cura dei bambini, i sistemi di cura della salute, le scuole, gli amici, i gruppi. Gli psicologi pediatrici, in una varietà di ruoli, cercano di promuovere una migliore comprensione dei disordini dello sviluppo, dei problemi evolu-*

tivi e comportamentali e di ciò che si accompagna alla malattia, al disturbo e al danno. Inoltre gli psicologi pediatrici provvedono alla valutazione e misurazione, attuano interventi preventivi e terapeutici, promuovono la salute e lo sviluppo psicosociale e prevengono il disturbo e il danno”.

Centro dell'intervento della Psicologia Pediatrica è il bambino, mentalmente sano, affetto o a rischio di malattia. Essa si iscrive all'interno della Psicologia del Bambino (Zazzo, 1983) e si definisce per la sua finalità pragmatica e clinica in funzione del benessere e della salute del bambino in riferimento ai suoi contesti di vita.

Chi si occupa di Psicologia e Pediatria ha conoscenze specifiche sul bambino di questo tipo:

- sviluppo psicologico, cognitivo, affettivo (tappe ed appuntamenti evolutivi);
- sviluppo psicopatologico (eziopatogenesi, sintomatologia, decorso e terapia);
- sviluppo e crescita dell'organismo (biologia, fisiologia, anatomia, funzionamento);
- eziopatogenesi, sintomatologia, decorso e cura della patologia organica;
- sostegno e gestione delle emozioni dei famigliari, dei care giver e del personale sanitario che si occupa del bambino.

Tutti questi aspetti ci portano a ripensare anche al setting terapeutico.

Classicamente il setting è lo spazio fisico, mentale, relazionale e temporale che si crea tra terapeuta e paziente; il contesto dove diviene un evento sociale; è una sorta di contenitore della relazione terapeutica.

Il setting assume una valenza molto particolare con i piccoli pazienti e la nostra esperienza clinica ci porta a ridefinirlo come *setting psico-pediatrico*: il luogo fisico della cura rimane l'ambulatorio, lo studio, l'ospedale, la sala operatoria, ma anche e soprattutto, la stanza dei giochi, le scale del reparto, tutti quei luoghi dove può avvenire un incontro significativo alla cura; e proprio in questo incontro lo spazio oltre che fisico diviene mentale, relazionale, creativo, dove psicologia e pediatria possono trovare un loro incontro pragmatico per la cura e il prendersi cura. È fondamentale che psicologo e pediatra evitino conflitti mantenendo le loro specificità e confrontandosi continuamente sul caso.

In questo senso lo Psicologo non da consulenza sul bambino al Pediatra, lo Psicologo e il Pediatra non si prendono cura del bambino in modo indipendente l'uno dall'altro, ma Psicologo e Pediatra lavorano interagendo tra di loro e ponendo il bambino (e la sua famiglia) al centro del loro operare attraverso un approccio multifocale (Fava Vizziello, Stern, 1992) dove il “fuoco” dell'interesse è il bambino; ogni intervento deve essere adattato al-

le caratteristiche del bambino, in base alla sua età, al quadro patologico, alla gravità dei sintomi, ai disturbi secondari, alle risorse cognitive, alla sua famiglia (Righetti, Sabatti, 2007).

Ne consegue la necessità di un approccio assistenziale:

- multidisciplinare a causa delle molteplicità dei problemi che possono emergere;
- multisetoriale (sociale, sanitario, psicologico, riabilitativo, ecc.);
- integrato medico-psicologico (Righetti, Casadei, 2005; Casadei, Righetti, 2007);
- partecipato (con la famiglia, i care giver, tutto il personale sanitario, ecc.) che ponga la prevenzione, l'assistenza e la presa a carico globale al bambino e alla sua famiglia come obiettivo prioritario.

Lavorare psicologicamente in ambito pediatrico richiama necessariamente alla questione del tempo. Solitamente la psicologia prevede dei tempi medio-lunghi (al di là degli approcci psicoterapeutici che prevedono anche dei tempi brevi): quando si lavora con il bambino il tempo dipende dal bambino stesso e dalla ospedalizzazione o dalla cronicità. È un diritto di tutti essere curati nel minor tempo possibile, specialmente quando il paziente è un bambino che viene curato nel tempo della sua crescita. Anche se il ricovero perdura diversi giorni o se la cronicità della sua patologia è lunga, lo psicologo deve porsi l'obiettivo di lavorare a tempi brevi, creativi, veloci, cercando di rifarsi alla crescita del bambino stessa che richiama a concetti di velocità, creatività, cambiamenti continui e repentini, attraverso un approccio che rivaluti la semeiotica positiva ("In questo momento di difficoltà e sintomi del bambino, cosa di buono sa fare il bambino? Cosa interessa il bambino nella sua sofferenza?"), lavorando sulle cose che qui-ed-ora nel suo vissuto patologico, il bambino sa fare e gli interessa fare; Righetti, 2005; Righetti, 2005a).

Baldini (2009) elenca quattro contesti principali di lavoro psicologico in ambito pediatrico, dove l'intervento psicologico può anche rappresentare una possibilità preventiva (oltre che curativa):

1. il rischio psicologico: quando il bambino non presenta una psicopatologia può esserci il rischio psicologico che la patologia organica produca essa stessa un vissuto emotivo che può far insorgere uno stato psicopatologico. La patologia pediatrica può rappresentare un importante fattore di rischio per il benessere globale del bambino;
2. l'ospedalizzazione: che sempre determina un importante impatto emotivo per il piccolo paziente e la sua famiglia;
3. la malattia cronica: che condiziona il normale sviluppo quotidiano;
4. il dolore nella patologia pediatrica: che può portare ad intervenire in senso anestesiológico (per esempio nel caso di interventi chirurgici) o antidolorifici (come per esempio nella patologia oncologica).

Diversi studi hanno dimostrato la validità dell'intervento psicologico in ambito pediatrico in particolare nei settori della patologia neonatale, della

patologia cronica, delle allergie, dell'oncologia pediatrica, dei disturbi alimentari.

Un'ulteriore riflessione che desideriamo far fare al lettore riguarda il fatto che – al di là della specializzazione dell'intervento della Psicologia in ambito Pediatrico – chi si occupa di bambini dovrebbe avere una modalità di stare con il bambino ammalato di tipo relazionale dove corpo ed emozioni devono essere considerate sullo stesso piano.

2. Alcuni dati epidemiologici

(I dati epidemiologici e le tabelle riportate di seguito sono tratte da: www.istat.it, www.iss.it, www.salute.gov.it).

Partiamo da un dato generale: al 1/1/2010 la popolazione italiana totale comprendeva 60.353.136 abitanti per un totale di bambini in età pediatrica (0-14 anni) di 8.477.937 (si intende popolazione e bambini registrati).

Il Ministero della Salute annualmente è impegnato a fornire i dati delle attività socio-sanitarie che vengono svolte sul territorio nazionale. Attualmente sono reperibili i dati parziali del 2009 mentre si ha un quadro più preciso dell'anno 2008. Tali dati vengono presentati mediante i rapporti SDO "Flusso Nazionale delle schede di dimissione ospedaliera".

Attraverso lo studio di questi dati possono essere estrapolate informazioni utili sulla attività ospedaliera in ambito pediatrico, anche se non complete. Il problema riguarda il passaggio in termini di età dall'infanzia alla età adulta, per cui in alcuni casi si analizzano i tassi di ospedalizzazioni, per alcune malattie in soggetti con età inferiore ai 18 anni, in altri casi i tassi di ospedalizzazione prendono in considerazione fasce di età più ampie, come dai 15 ai 25 anni.

L'unico resoconto tematico, attualmente reperibile, rispetto all'attività ospedaliera in ambito pediatrico è il rapporto intitolato *Le caratteristiche dell'Ospedalizzazione Pediatrica in Italia (dal neonato all'adolescente)* che però presenta per lo più dati risalenti all'anno 2001.

Il Rapporto del 2009 del Ministero della Salute evidenzia come l'Italia sia un paese con una struttura e una dinamica demografica in debito di natalità. I dati presentati evidenziano un saldo negativo nel 2008 di 3700 unità, di 6800 unità nel 2007. Nel 2006 invece si registra un saldo positivo di 2100 unità.

È necessario considerare che il saldo dell'anno 2008, anche se ancora provvisorio, comprende un tasso per 1000 abitanti di 7,7 rispetto al saldo migratorio estero. Questi dati evidenziano ciò che ormai è risaputo: l'Italia è un paese in un cui il tasso di natalità è basso, e lo sarebbe ancora di più se non fossero considerati anche i minori nati da coppie immigrate da