

# La prima comunicazione di handicap o di malattia cronica

Doriana Chiuchiù

Psicologa, Psicoterapeuta, UO Neuropsichiatria Infantile, Psicologia dell'Età Evolutiva, AUSL Cesena

## Abstract

### *The first communication of chronic disease or disability*

*The Author's interest regards the paediatrician's first communication of chronic disease or disability in more than one year old children. The different stages following communication of chronic disease ranging from daze and confusion, rage and denial, up to reorganization are shown, up to when the family becomes for the child and for other families a true resource. The Author suggests to follow precise rules at the moment of diagnosis, circumscribing communication's content, listening and receiving parent's and his own emotions. The available resources need to be stressed in order to build a bridge between past and future and start a reconstruction process. Parents should undergo a slow and complicated process allowing them to recognize again their own child and encounter him with his disease in a second birth.*

Quaderni acp 2005; 12(1): 35-38

**Key words** Communication. Chronic disease. Handicap. Family. Child

*L'articolo si occupa della comunicazione della diagnosi di handicap o di malattia cronica da parte del pediatra in bambini che hanno superato il primo anno di vita. Illustra le fasi attraverso cui la famiglia deve passare dopo la comunicazione della diagnosi: dalla fase dello stordimento e della confusione a quella della negazione e della collera, a quella della riorganizzazione in cui la famiglia diventa effettiva risorsa per il proprio figlio e anche per altre famiglie sottoposte allo stesso stress. Suggerisce di impostare il momento della consegna della diagnosi seguendo alcune precise regole di contesto, delimitando i contenuti della comunicazione, ascoltando e accogliendo le emozioni dei genitori e le proprie. Sottolineare le risorse della situazione significa tentare di gettare un ponte fra passato e futuro e avviare la ricostruzione dopo la catastrofe. Si tratta di mettere in moto da subito quel lungo e complicato processo che permette ai genitori di tessere nuovamente l'appartenenza, di riconoscere il proprio figlio e reincontrare il bambino con handicap in una seconda nascita.*

**Parole chiave** Comunicazione. Malattia cronica. Handicap. Famiglia. Bambino

La diagnosi di deficit o di malattia cronica rappresenta sempre una informazione che irrompe tragicamente nella vita del soggetto e della sua famiglia; il profilarsi di una situazione di handicap viene vissuto come una inaccettabile aggressione del destino, vissuto che diventa particolarmente acuto in una cultura in cui sono fondanti i valori dell'efficienza, della bellezza e della competizione (1). Il primo incontro con la realtà inattesa della disabilità rappresenta sempre un momento fondamentale per i genitori che dura nel tempo e influenza i successivi adattamenti alla situazione di handicap (2). Nel racconto della prima comunicazione (3) sono sempre vivi a distanza di anni il dolore provato e il senso di estraneità e di

vuoto. Il vissuto è descritto come una sorta di "apocalisse", nel senso di rivelazione della fine, o "catastrofe": tutto quello che ci si aspettava non è venuto, è venuto ciò che non si aspettava, non si riesce a prevedere cosa succederà (4). Quando la diagnosi viene comunicata durante la prima o la seconda infanzia, per i genitori si verifica una "catastrofe" con connotazioni un po' differenti rispetto al vuoto e all'azzeramento descritti sopra: da un lato c'è il disgregarsi del mondo normale, una progressiva perdita delle rappresentazioni di normalità costruite fino a quel momento sul figlio (4); dall'altro lato si profila una tempesta sul futuro, nel senso che la prognosi di cronicità o di handicap cambia improvvisa-

mente l'orizzonte per la vita di tutta la famiglia. Ci si domanda come cambierà il quotidiano, come sarà il proprio futuro e quello del bambino, se si sarà capaci di affrontare tutto questo (2).

Le situazioni in cui la diagnosi viene fatta nei primi anni di vita sono costituite da quelle patologie che si manifestano progressivamente durante lo sviluppo del bambino: deficit sensoriali, paralisi cerebrali infantili (PCI), epilessie, alcune malattie rare, malattie metaboliche, miopatie, distrofie, artrite reumatoide.

Altre patologie hanno invece una emergenza improvvisa: i tumori o gli handicap conseguenti a eventi traumatici. Per qualche patologia (autismo, sordità, deficit visivo grave) la comunicazione della diagnosi viene fatta dallo specialista che ha condotto gli accertamenti; più spesso è compito del pediatra, ospedaliero o di famiglia, affrontare il difficile momento della prima comunicazione.

## Affrontare l'incertezza

Per realizzare un colloquio efficace nel momento di comunicazione della diagnosi, è necessario tenere conto dei principali vissuti e meccanismi difensivi sollecitati nei genitori dalla notizia dell'handicap.

Molti Autori (5,6,7,8) hanno assimilato questo vissuto al lutto sulla falsariga delle fasi di elaborazione del lutto proposte da Bowlby (9). Allo shock e allo stordimento iniziale, caratterizzato da sensazioni di disorientamento e impotenza, segue una fase di negazione e rifiuto: "non è vero", "ci deve essere un errore", "si sono sbagliati ed è meglio andare da qualcun altro", "tutto si rimetterà a posto" (3). Nella fase successiva si alternano momenti di rabbia e di collera, verso i medici, verso il coniuge, ma anche verso il bambino, a momenti di vergogna e colpa, in cui i genitori credono di essere gli unici responsabili dell'handicap, o attraverso la trasmissione

Per corrispondenza:  
Doriana Chiuchiù  
e-mail: dchiuchiu@ausl-cesena.emr.it

saper fare

di anomalie genetiche o per oscuri e irrazionali collegamenti fra colpe commesse in passato e l'attuale "punizione". Infine, attraverso una fase depressiva di contatto col dolore e con la tristezza (3), inizia un lento e mai definitivo processo di adattamento alla realtà, in cui ci si avvicina alla disabilità del figlio contrattando internamente con limiti e risorse che la situazione presenta e riorganizzandosi per affrontarla.

Altri Autori (4) sottolineano che, benché vi siano importanti analogie con le fasi di elaborazione del lutto, esistono tuttavia importanti differenze di cui va tenuto conto: non si è perso realmente qualcuno, si è perso il desiderio di un bambino sano; non c'è mai un cadavere su cui piangere (un po' come per i *desaparecidos*) e da cui poi prendere le distanze, al posto del bambino sano atteso c'è un altro bambino, reale e presente, con i suoi bisogni cui si teme di non saper rispondere (3). Inoltre nelle situazioni di diagnosi più tarda il momento di confusione iniziale è vissuto anche come difficoltà a riconoscere il figlio, diventato diverso da quello che fino allora si era immaginato. Naturalmente le diverse fasi descritte non si susseguono mai in una rigida sequenza prestabilita, ma si sovrappongono e alternano nei differenti momenti del faticoso processo di adattamento alla situazione di handicap, e ognuno dei vissuti e dei meccanismi di difesa descritti può apparire già dal momento della prima comunicazione.

È abbastanza acquisita la necessità di considerare i meccanismi psicologici e le difese della famiglia nella prima comunicazione, invece molto poco si è riflettuto sui vissuti personali e sulle ansie dei medici che devono affrontare il momento della consegna della diagnosi (6). Eppure il coinvolgimento emotivo è inevitabile; nessun operatore può sottrarsi alla personale risonanza delle cattive notizie che sta portando (10). Nelle testimonianze dei genitori è presente il ricordo di comunicazioni frettolose, troppo tecniche, che evitano le domande più difficili; atteggiamenti che denotano non certo un distacco dall'altro, ma un tentativo di tenere a bada le proprie ansie e l'eccessivo coinvolgimento emotivo.

Negli ultimi venti anni sono state prodot-

te ricerche per mettere in luce la metodologia seguita dai medici nella prima comunicazione e le risposte dei genitori. Nel 1987 sono stati intervistati tutti gli operatori coinvolti nella comunicazione della diagnosi in 10 ospedali milanesi; la stragrande maggioranza degli intervistati (86%) esclude qualsiasi riferimento a una metodologia codificata, l'80% parla inizialmente soltanto con il padre del bambino e circa la metà non identifica un luogo privilegiato per parlare con i genitori e utilizza i corridoi o le stanze di degenza (11). In una ricerca sulle malattie croniche in pediatria, svolta negli anni '90 su un campione di 22 AUSL su tutto il territorio nazionale, colpisce che il 20% delle famiglie cambia medico o centro di riferimento dopo la comunicazione della diagnosi e che i problemi più frequenti segnalati dai genitori sono relativi alla comunicazione: poca chiarezza informativa, poca disponibilità (5). Infine, in una ricerca più recente, svolta nella provincia di Bologna nel 1998 con un'intervista a medici e genitori, emerge ancora che la maggior parte dei medici preferisce parlare con il solo padre e che i luoghi scelti sono inadatti; dalle risposte dei genitori si evidenzia che alcuni medici sono stati vaghi e poco chiari nell'espone il problema, altri hanno dato informazioni essenzialmente negative e con note di commiserazione per il futuro del bambino e della sua famiglia (12).

I risultati di queste ricerche mettono in luce le grandi difficoltà che incontrano i medici nell'affrontare il momento della prima comunicazione. Difficoltà prevalentemente di carattere emotivo: comunicare all'altro una situazione di sofferenza mette in contatto con quella stessa sofferenza; rimanda al rapporto che il professionista ha con la sofferenza, alla sua idea di malattia, alle sue attese rispetto alle proprie capacità di far evolvere le situazioni (13); il medico si trova di fronte a patologie che non può sanare, rispetto alle quali si sente impotente e, se non è in grado di accogliere e tollerare questi sentimenti, si difenderà con la fretta, col distacco, a volte con bugie e inesattezze consolatorie che contengono l'implicita convinzione che la famiglia non sia in grado di affrontare il problema. Altre volte la ricerca di diagnosi precoci a tutti

i costi, o la tendenza a fare prognosi troppo precise e dettagliate, denunciano la difficoltà nel tollerare l'incertezza e l'attesa. Certamente il rapporto con tutto questo è estremamente complesso e rimanda alla necessità di interrogarsi sulle dimensioni della propria identità professionale, che comprende anche la capacità di stare accanto al paziente in una situazione non piacevole, non gratificante, incerta e dolorosa (2).

In sintesi, nella prima comunicazione si verifica un flusso di informazioni bidirezionale tra medico e genitori, in cui il messaggio è veicolato, oltre che dalle parole, anche dai gesti, dalle espressioni e dai silenzi, e che comprende le emozioni e i vissuti di ognuno. In tali situazioni può determinarsi un gap molto profondo: se il medico per difendersi dall'ansia diventa troppo tecnico e il genitore ha una tale angoscia che non riesce a capire quello che gli si dice, la comunicazione sarà estremamente inefficace e insoddisfacente. Tentare di migliorare il momento della prima comunicazione, riducendo il rischio di incomprensione e di distacco fra i protagonisti di questo scambio, significa cercare di definire alcuni criteri che orientino il colloquio, trovando un punto di equilibrio fra la codifica rigida dei comportamenti da tenere e la totale improvvisazione legata al buon senso e alla disponibilità personale dell'operatore (13).

### **Il sostegno successivo: la ricostruzione dopo la catastrofe**

Con l'obiettivo di migliorare il primo colloquio, sono stati fatti dei tentativi per individuare alcuni punti di riferimento per chi ha il compito di condurre questo incontro (13), una sorta di bussola per orientare l'operatività del medico. In particolare è stata sottolineata la necessità di avere presente che si è di fronte all'annuncio di una realtà diversa da quella attesa, inevitabilmente incerta e dolorosa. È molto importante essere consapevoli che si comunica anche attraverso il non verbale, e che il messaggio che i genitori raccolgono comprende anche gli atteggiamenti e i vissuti del medico nei confronti della diagnosi che sta consegnando. Insomma lo strumento principale da adottare per affrontare questo

momento è la disponibilità all'ascolto e all'accoglienza delle emozioni dolorose dei genitori e proprie (2).

Se la bussola è la capacità di ascolto, la mappa su cui muoversi è quella tracciata dai vissuti dei genitori. Le diverse fasi attraversate dalla famiglia corrispondono ad altrettanti bisogni, più o meno esplicitamente espressi, che possono guidare le azioni e gli atteggiamenti del medico.

La prima reazione, come già detto, è quella dello stordimento e del disorientamento, l'angoscia suscitata dal trauma provoca un attacco al legame (2), inteso come generale capacità di riconoscersi nelle relazioni e come senso di appartenenza alla comunità umana: le persone si sentono differenti ed estranee a tutti, sperimentano sentimenti di solitudine, isolamento, vuoto. In questa fase i genitori hanno bisogno soprattutto di sentirsi accolti e sostenuti, di ricevere rispetto e fiducia. Allora diventa fondamentale la costruzione di un setting per la prima comunicazione che garantisca l'accoglienza, è importante disporre di uno spazio adeguatamente dignitoso e riservato in cui svolgere il colloquio e di un momento delicato in cui il medico possa avere tutto il tempo necessario senza distrazioni o interruzioni dall'esterno (14). Tutti gli Autori sottolineano anche l'importanza del comunicare la diagnosi ad entrambi i genitori congiuntamente, modalità non sempre usuale.

Comunicare la diagnosi a uno solo dei genitori significa lasciarlo solo in preda al suo dolore e delegargli l'onere di dover comunicare la notizia drammatica all'altro, che a sua volta potrà sentirsi ingannato e sottovalutato. La presenza e la disponibilità del medico, veicolate dai semplici elementi contestuali dello spazio e del tempo, permettono di instaurare un rapporto basato sulla fiducia reciproca e sul rispetto, che aiuterà i genitori a riguadagnare gradualmente fiducia in se stessi e nel loro bambino. I dati raccolti nel 1986 dal Servizio d'Informazione e Consulenza dell'Associazione Bambini Down (6) confermano che "ogniquale volta veniva riferito che il medico aveva cercato di avere un colloquio con entrambi i genitori e aveva dedicato loro del tempo, i genitori si dichiaravano riconoscenti e grati al medico da cui si erano

sentiti incoraggiati" (15). Lo stordimento iniziale provoca anche un attacco al pensiero, le persone diventano incapaci di comprendere le informazioni che vengono fornite, di memorizzarle e talvolta anche di sentirle; persino le parole più comuni possono diventare oscure, "non sai bene cosa significa esattamente quello che ti stanno dicendo, ti dicono cose esatte a cui non credi o cose inesatte a cui credi, pensi che si siano sbagliati" (6). Ancora più inquietanti sono le informazioni vaghe, che risultano minacciose proprio perché misteriose (16). Si pone la necessità di fare attenzione ai contenuti della comunicazione che porge: poche informazioni, chiare e corrette. Diversi protocolli clinici e carte dei servizi (17) fissano alcuni principi essenziali per l'assistenza ai bambini disabili e alle loro famiglie che definiscono anche i contenuti fondamentali della consegna della diagnosi: nome corretto della malattia, opzioni di trattamento, prognosi prevedibile. A queste informazioni dovrebbe accompagnarsi l'informazione sulle strutture sanitarie e sulle reti di supporto sociale. La correttezza dei contenuti non elimina del tutto il problema delle difficoltà dei genitori a capire quanto viene detto. L'elaborazione della diagnosi comporta un lungo metabolismo e le cose vanno dette e ridette (4). Per questo è molto importante che il momento della prima comunicazione sia l'inizio di un percorso, un tempo per dare tempo, un momento in cui vengano previsti ulteriori appuntamenti, dopo che i genitori abbiano potuto ripensare le informazioni e formulare meglio le proprie domande. Un tempo necessario anche al medico per valutare quanto i genitori hanno realisticamente compreso, se si trovano in una posizione di minimizzazione o se si rappresentano la situazione in termini più tragici della realtà.

Al disorientamento iniziale segue una fase in cui si alternano sentimenti di collera e sensi di colpa: ricerca di un responsabile della "disgrazia" della causa della malattia, delle "responsabilità" (3). L'aggressività viene proiettata all'esterno, nella struttura sanitaria o nel medico; si diventa diffidenti nei confronti di chi sta dando cattive notizie, si parte alla ricerca di altri esperti che possano dire

cose diverse. A volte la rabbia è indirizzata verso se stessi, ci si sente colpevoli di avere danneggiato il proprio figlio, si ricostruiscono alberi genealogici per attribuire la colpa all'uno o all'altro ramo della famiglia. In questa fase, i genitori hanno bisogno che la loro rabbia venga accolta e metabolizzata da parte del medico, non restituita al mittente con atteggiamenti difensivi e a volte sottilmente colpevolizzanti. È bene permettere alla famiglia di consultare altri centri e altri specialisti, magari accompagnandoli e proteggendoli in questa ricerca (4); ed è fondamentale che si rimanga a disposizione dei genitori, che non li si abbandoni perché hanno dubitato delle competenze. Infine è necessario che li si rassicuri sulle loro "responsabilità", spiegando molte volte (quando sono note) la patogenesi e l'eziologia della malattia.

A proposito dei sentimenti di rabbia e colpa è importante proporre alcune distinzioni fra le diverse forme di handicap e di malattia cronica. Alcuni studi hanno dimostrato che l'atteggiamento dei genitori nell'accogliere la notizia è diverso a seconda che si tratti di malattia genetica o di esito di un danno (come ad esempio nelle PCI): le coppie con un figlio con malattia genetica hanno reazioni più razionali e maggior capacità di esprimere sentimenti. In qualche modo la diagnosi certa permette di reagire alla tragedia con capacità maturative. Viceversa le coppie con un figlio con PCI sentono di avere ricevuto un "sopruso" e continuano molto a lungo ad essere arrabbiate (18). Altre ricerche hanno dimostrato che le patologie che riguardano la mente e il sistema nervoso, quelle che hanno implicazioni neuropsicologiche come il ritardo mentale o come le difficoltà nella deambulazione, sono più difficili da accettare (5). Forse queste situazioni di handicap presentano un più marcato svantaggio psicosociale perché sono visibili e richiedono un confronto con l'accettazione sociale e culturale (3). Un discorso a parte meritano le malattie croniche progressive.

Nessun genitore è in grado di capire subito con esattezza quale futuro lo aspetta; è giusto che questa realtà vada scoperta lentamente, perché ci sia un graduale adattamento. In questi casi è

importante che il medico aiuti i genitori a tenersi aggiornati sulle novità scientifiche e a non perdere la speranza, perché il futuro nessuno lo può predire con certezza (2). Nell'ultima fase la presa di contatto col proprio dolore e con i sentimenti di inadeguatezza, i dubbi sulla capacità di affrontare la situazione sollecitano gradualmente nei genitori le domande sul futuro e il bisogno di iniziare a fare qualcosa per il proprio figlio: è l'inizio della riorganizzazione che conclude il lutto.

Le ricerche confermano che alla fase critica di inaccettabilità dell'handicap segue sempre una fase di adattamento: le famiglie si riorganizzano in relazione alla propria storia precedente e alle proprie caratteristiche peculiari (6). Nelle situazioni in cui la comunicazione viene fatta in un'epoca successiva alla nascita, i genitori hanno bisogno di recuperare gli aspetti positivi e gli adattamenti precedenti che avevano caratterizzato la relazione con il figlio prima della definizione della diagnosi. Per facilitare l'accesso a questa fase è importante che il medico, già dalla prima comunicazione, faccia intravedere ai genitori quello che possono fare per il figlio, li aiuti a sentirsi utili (16), non proponendo solo informazioni negative, ma evidenziando le possibilità di intervento, le potenzialità del bambino, i progetti educativi e riabilitativi. È importante permettere di conoscere meglio il proprio bambino e il suo deficit, coinvolgendoli, nella progettazione del percorso terapeutico (19). La collaborazione attiva dei genitori riduce il senso di frustrazione e migliora l'efficacia delle cure (20). Sottolineare le risorse del bambino e della famiglia permette di accettare l'idea che è possibile convivere con la malattia, rinunciare al desiderio di restituire normalità alle parti irrecuperabili rivolgendo l'attenzione alle parti sane del figlio.

### Conclusioni

La prima comunicazione della diagnosi rischia di rappresentare per la famiglia di un bambino con handicap o malattia cronica un momento di catastrofe, nel senso di radicale discontinuità fra il prima (i desideri, le attese, ma anche i timori) e il dopo (il dolore, la rabbia e l'impotenza).

Impostare il momento della consegna della diagnosi seguendo alcune regole di contesto, delimitando i contenuti della comunicazione, ascoltando e accogliendo le emozioni dei genitori e le proprie, sottolineando le risorse della situazione, significa tentare di gettare un ponte fra passato e futuro e avviare la ricostruzione dopo la catastrofe. Si tratta di mettere in moto da subito quel lungo e complicato processo che permette ai genitori di tessere nuovamente l'appartenenza, di ri-conoscere il proprio figlio e rincontrarlo in quella che Pontiggia chiama la "seconda nascita" dei bambini con handicap (21). ♦

### Bibliografia

- (1) Sorrentino AM. Handicap e riabilitazione. N.I.S. Roma 1987.
- (2) Prima comunicazione e handicap. Conferenza Regionale sulle politiche dell'handicap 2001-2002 Regione Emilia Romagna.
- (3) Chiuchiù D. Silimbani R. Guardo Racconto e Conosco il mio bambino. Gruppi con genitori 1987-2002. Centro Documentazione Educativa 2002.
- (4) Polletta G. L'apocalisse del mondo per i genitori del bambino anormale. AUSL Ferrara 1986.
- (5) Gruppo collaborativo per lo studio della patologia clinica in Pediatria. Le malattie croniche in pediatria. Epidemiologia clinica e assistenziale. Medico e bambino 1994; 2:24.
- (6) Zambon H. A. La nascita: medico, famiglia e impatto con l'handicap. *Sindrome di Down notizie* 1989; 3:25.
- (7) Bicknell J. The psychopathology of handicap. *Brit J Med Psych* 1998; 56:167.
- (8) Gargiulo RM. Lavorare con i genitori di bambini handicappati. Zanichelli Bologna 1987.
- (9) Bowlby J. Attaccamento e perdita. Vol. 3. Boringhieri, Torino 1983.
- (10) Pesci MC. Cattivi ricordi. *HP* 1996; 49:33.
- (11) Merlo G. Parola di dottori. *HP* 1998; 62:18.
- (12) Follo D. Comunicare l'evento. *HP* 1998; 68:10.
- (13) Di Pasquale G. Dottori diversi. *HP* 1996; 49:36.
- (14) Montaguti A. Note informative per la comunicazione della nascita di un figlio con S. di Down. A.USL Cesena 1992.
- (15) Fava G. Cosa si è scritto. *HP* 1996; 49:40.
- (16) Canevaro A. Quando nasce un bambino handicappato. *Rassegna Stampa Handicap* 1989; 13:7.
- (17) Ciotti F. Lavorare per l'infanzia. Franco Angeli, Milano 2002.
- (18) La Nuova Famiglia. Famiglie e figli con handicap. La patologia da parto crea emotività e problemi alla coppia; più razionale l'approccio in caso di malattia genetica. La Nuova Famiglia Ed. 2002.
- (19) Negri R. Lavorare sui genitori. *HP* 1998; 62:52.
- (20) Ciotti F. Insidie nella valutazione dello sviluppo. *Medico e bambino* 1994; 1:28.
- (21) Pontiggia G. Nati due volte. Mondadori, Milano 2000.

Fondazione Cassa di Risparmio di Cesena  
Comune di Cesena  
AUSL Cesena Programma Materno-Infantile  
Associazione Culturale Pediatri Romagna

## NASCERE INSIEME

con la famiglia, coi servizi, con la comunità

Sabato 12 marzo 2005 - ore 9.00

Sala Convegni Osp. Maurizio Bufalini  
Cesena

Viale Ghirotti 86

*Obiettivi: porre al centro del confronto il tema del sostegno alla genitorialità nel primo anno di vita del bambino. Il tema coinvolge in primo luogo la famiglia che viene in contatto coi servizi sanitari e sociali, con la rete della comunità. L'incontro positivo o problematico tra famiglia e rete può costituire un fattore protettivo e di sostegno oppure un fattore di rischio per la crescita del bambino. Il compito dei professionisti dell'infanzia diventa quindi duplice. Da un lato definire quali sono gli interventi di provata efficacia a sostegno della genitorialità in questa fase di sviluppo del bambino. Dall'altro "pensare" un percorso integrato di funzionamento dei servizi, coerente per gli operatori e per la famiglia. Sul primo tema si confronteranno alcuni "esperti" alla luce dei dati di letteratura e di alcune esperienze. Sul secondo una esperienza locale, quella del percorso nascita a Cesena, sarà analizzata nei suoi elementi costitutivi, nei collegamenti di rete e nelle sue criticità, per consentire ai partecipanti di estendere riflessioni ed azioni anche alle proprie realtà.*

### Programma

#### Ore 9-13 IL SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ Interventi e prove di efficacia

Tavola rotonda introdotta e coordinata da  
Giorgio Tamburlini

Il sostegno alla genitorialità alla nascita G. Gori  
Il progetto di home visiting nel Comune di Roma  
M. Ammaniti

Il progetto Mamme Insieme nel comprensorio di  
Cesena F. Ciotti

Gli interventi di sostegno alla genitorialità: prove  
di efficacia D. Baronciani

#### Ore 14-17 IL PERCORSO NASCITA A CESENA Opportunità e criticità di una esperienza

Tavola rotonda introdotta e coordinata da  
Giancarlo Biasini

Il percorso nascita in ospedale P. Montagner  
Gli interventi del Consultorio Familiare O. Rossi

Le azioni della Pediatria di Comunità M. Farneti  
Il ruolo del Pediatra di Famiglia P. Faberi

Le attività dei Centri per le Famiglie V. Severi  
Discussant: Giorgio Tamburlini

Partecipazione gratuita

### Segreteria

Programma Materno-Infantile AUSL Cesena

Tel. 0547 394286 - Fax 0547 394283

Email: fciotti@ausl-cesena.emr.it