

Genitori, bambini e pediatri: le rappresentazioni della genitorialità adeguata nella relazione terapeutica

Anna Rosa Favretto, Francesca Zaltron

Dipartimento di Giurisprudenza, Scienze Politiche, Economiche e Sociali, Università del Piemonte Orientale

Abstract

Children, parents and paediatricians: adequate parenting representations in a therapeutic relation

A pilot research has been carried out about appropriate parenting in a therapeutic relation with the following objectives: to obtain information regarding parents' representations of their child's health and well being, the expectations regarding their paediatrician and to investigate the paediatricians' expectations concerning parents' caregiving tasks and the practices put in place to guide parents' behavior.

Quaderni acp 2013; 20(3): 109-112

Key words Parenting. Paediatrician. Therapeutic relation

La relazione terapeutica in ambito pediatrico viene costruita anche a partire dalle aspettative relative all'adeguatezza genitoriale che i pediatri, i genitori e la loro rete sociale hanno elaborato. La ricerca pilota qui presentata intende esplorare questo tema ponendosi i seguenti obiettivi: conoscere attraverso quali saperi e pratiche i genitori arrivino a definire il benessere dei bambini, le rappresentazioni di salute e di malattia e le aspettative verso i pediatri; conoscere le aspettative che i pediatri nutrono nei confronti dei genitori impegnati nei compiti di cura e le pratiche poste in essere per orientare il comportamento genitoriale.

Parole chiave Genitorialità adeguata. Pediatria. Relazione terapeutica

Introduzione

La ricerca qui presentata nasce con l'intento di offrire un contributo all'esplorazione della centralità del bambino, inteso come soggetto attivo e competente, nel campo delle rappresentazioni sociali della salute e della malattia, riconoscendo che questo tema investe necessariamente, a monte, la ridefinizione del dover essere genitoriale e delle competenze pediatriche riguardanti gli aspetti relazionali.

Il punto di avvio è rappresentato dall'osservazione che i legami familiari sembrano, oggi, essere sottoposti a una costante opera di trasformazione verso nuove definizioni della struttura e delle relazioni familiari. Questi processi di cambiamento non sono del tutto nuovi, tuttavia, ciò che sembra verificarsi nelle nostre società odierne è la maggiore importanza attribuita all'individualità, frutto di un processo storico-sociale – processo di individualizzazione – che ha portato a riconoscere e a trattare ogni essere umano come individuo, ossia come soggetto unico, dotato di valore in sé medesimo, competente nell'azione e in grado di compiere scelte [1-2]. Questo

mutamento si riflette nella struttura e nella tenuta dei legami familiari e coinvolge anche le forme e i significati attribuiti alla genitorialità. L'esperienza genitoriale, infatti, sembra oggi sempre più coniugarsi con i concetti del desiderio, della scelta, dell'amore e del rispetto per la natura del bambino [3]. In particolare, la centralità attribuita al bambino come soggetto, frutto di una scelta e che diviene valore e bene in sé, costituisce uno degli elementi più pregnanti dell'avvenuta trasformazione della genitorialità contemporanea. Il riconoscimento della soggettività infantile imprime infatti nuovi significati al processo di socializzazione cui sono chiamati i genitori, sempre più improntato allo scambio, alla negoziazione, all'ascolto tra i soggetti.

In questo quadro di trasformazione delle relazioni genitoriali che cosa significa essere un genitore adeguato e da chi è definita, oggi, l'adeguatezza genitoriale? La domanda porta in primo piano la difficoltà di risposte certe e definitive in quanto la peculiarità di questo nuovo mandato educativo mette in evidenza il difficile equilibrio tra la promozione dell'autonomia infantile e l'esercizio del-

l'autorità genitoriale. Inoltre mostra come oggi, diversamente dal passato, l'adeguatezza sia espressa da una molteplicità di saperi esperti, comprese le scienze mediche in generale e pediatriche in particolare, socialmente legittimati a costruire i nuclei centrali delle rappresentazioni della buona e adeguata genitorialità.

Un ambito particolarmente significativo per comprendere e analizzare le rappresentazioni dell'adeguatezza genitoriale risulta essere quello delle pratiche quotidiane relative alla salute e alla malattia dei piccoli, che si compongono nella rielaborazione di saperi trasmessi tra le generazioni, provenienti da esperti, tra cui i pediatri, provenienti dalle reti sociali prossime e dai media. In particolare, le scienze mediche sono centrali nel contribuire a definire l'adeguatezza genitoriale: sebbene a prima vista non appaia essere compito loro attribuibile il concorrere a costruire questa definizione, molti sono gli elementi che permettono di osservare come, nella nostra società, le scienze pediatriche siano investite di una riconosciuta legittimazione nel definire tutto ciò che riguarda la relazione tra genitori e figli.

Nella prospettiva teorica qui adottata, la malattia viene intesa come un'esperienza molto complessa legata a norme, valori, pratiche che danno forma sia alla percezione, che ne hanno il soggetto malato e la sua rete sociale, sia alla pratica terapeutica, anche quando essa, come avviene nelle società occidentali, segue la "razionalità strumentale" propria delle scienze mediche [4-5].

Nella strutturazione di un rapporto terapeutico che si voglia particolarmente efficace, divengono, pertanto, centrali la consapevolezza delle caratteristiche che assume per il soggetto sofferente, per chi si occupa di lui e per la loro rete sociale, e l'attribuzione di senso allo stato di salute e di malattia e alle pratiche corrispondenti. Oltre a ciò, la consapevolezza del ruolo definitorio, svolto dal sapere

Per corrispondenza:

Anna Rosa Favretto

e-mail: favretto@asie.it

medico, necessariamente negoziato con altri poteri definitivi presenti nella società, e la consapevolezza del senso che il professionista conferisce ai singoli sintomi e ai singoli stati di salute e di malattia.

Quello che ne emerge è un processo di co-costruzione del senso della salute e della malattia nella relazione terapeutica, che si complica ulteriormente quando nella negoziazione terapeutica i pazienti sono minori, soprattutto se in tenera età, e ciò non soltanto per la difficoltà incontrata dagli adulti nel comprendere le manifestazioni di malessere dei bambini, ma anche perché in tale relazione interagiscono, convergono o collidono importanti gruppi di rappresentazioni che rimandano ai significati della salute, della malattia e delle pratiche di cura, della genitorialità, della sua adeguatezza e dello statuto e delle competenze attribuite ai bambini [6-7].

Obiettivi e metodi

La ricerca si è posta obiettivi di carattere eminentemente conoscitivo. In particolare, ha inteso rilevare attraverso quali saperi e pratiche i genitori definiscano il benessere dei bambini e le rappresentazioni di salute e di malattia, con particolare riferimento alla divisione dei compiti familiari tra genitori; quali le agenzie sociali che concorrono alla costruzione di tali definizioni e in quale rapporto esse si pongono (antagonismo, collaborazione, indifferenza ecc.); le caratteristiche dei saperi di cui tali agenzie sono riconosciute legittime depositarie.

Si tratta di *saperi di senso comune*, rintracciabili nelle pratiche quotidiane, intesi come l'insieme di valori, aspettative, norme enunciate o implicite che si rielaborano a partire da contenuti trasmessi per via intergenerazionale, dai media, dalle reti prossime, e anche attraverso l'intervento di *saperi esperti*, tra cui quello pediatrico; le aspettative che i pediatri nutrono nei confronti dei genitori impegnati nei compiti di cura; i confini delle competenze che attribuiscono a se stessi e ad altri saperi esperti; le pratiche poste in essere per orientare il comportamento genitoriale.

Trattandosi di una ricerca pilota, volta a ricostruire soprattutto il senso attribuito alle pratiche per il mantenimento e il ripristino della salute dei piccoli, il campione è numericamente limitato e gli strumenti utilizzati di natura qualitativa. I risultati non sono generalizzabili, tuttavia permettono di costruire osservazioni utili sia per la riflessione sulla relazione terapeutica e sul ruolo di tutti gli attori che in essa convergono, sia per la riflessione sulla costruzione dell'idea di geni-

torialità adeguata attraverso il sapere medico.

Con i genitori si è adottata l'intervista semistrutturata, grazie alla quale sono state raccolte narrazioni di pratiche quotidiane e di opinioni circa i saperi cui attingono madri e padri per assolvere il proprio compito di cura verso i figli. Si è posta attenzione soprattutto a tre macro-aree tematiche: alimentazione, sonno e stato di malattia. In particolare, nella terza si è inteso ricostruire pratiche e saperi grazie ai quali i genitori danno forma alle attribuzioni di senso circa lo stato di malessere, il passaggio a quello di malattia, la definizione della cura e le sue modalità di applicazione.

Le riflessioni emerse dall'analisi delle interviste hanno permesso d'individuare alcuni nodi concettuali che hanno costituito l'ossatura dei temi sottoposti alla discussione critica da parte dei pediatri all'interno di *focus group*.

Si è posta attenzione, in particolar modo, sia alla percezione che i pediatri hanno, in quanto sistema esperto, di concorrere alla costruzione del concetto di genitorialità adeguata, facendo emergere pratiche e significati che contribuiscono a questa costruzione, sia all'attribuzione di competenza o inadeguatezza di un genitore.

Sono state realizzate 40 interviste con genitori di figli in età tra 1 e 3 anni (23 a Torino di cui 19 a genitori, 10 madri e 9 padri, appartenenti a nuclei bigenitoriali e 4 a madri capofamiglia; 17 interviste in Val di Susa, di cui 16 a genitori, 8 madri e 8 padri, appartenenti a nuclei bigenitoriali e 1 a madre capofamiglia).

La composizione dei focus con i pediatri è stata costruita sulla base delle disponibilità dichiarate dagli stessi professionisti, appartenenti alle équipes dell'ASLTO1, ASLTO2 e ASLTO3. Sono stati realizzati 3 *focus group* che hanno coinvolto un numero complessivo di 21 pediatri.

Risultati

Dei molti risultati emersi dalla ricerca prenderemo in esame, in particolar modo, gli aspetti relativi alla relazione terapeutica, caratterizzata dalla triade paziente-bambino, genitore e pediatra, per mettere in luce alcuni nodi critici che condizionano quel processo di co-costruzione di senso che è parte della negoziazione terapeutica descritta in precedenza.

Il confronto tra il punto di vista dei pediatri e quello dei genitori ha messo in evidenza soprattutto due nodi che riguardano le funzioni del ruolo pediatrico, in cui abbiamo rilevato posizioni divergenti tra genitori e medici, e i significati attribuiti all'adeguatezza genitoria-

le e alla negoziazione terapeutica, in cui le rappresentazioni dei pediatri delineano un difficile equilibrio tra autonomia e dipendenza dei genitori dal sapere esperto.

Funzioni del ruolo pediatrico

Secondo le opinioni dei genitori intervistati, i pediatri sono chiamati a svolgere prevalentemente due funzioni, definibili come "educativo-relazionali" e "diagnostico-curative". La prima è quella a cui vengono attribuite maggiore importanza e centralità nella relazione terapeutica. Secondo i genitori, le funzioni educativo-relazionali si declinano in una serie di competenze precise che riguardano l'accompagnare, l'orientare e l'"istruire" i genitori – soprattutto le madri, in quanto soggetti più coinvolti nella relazione con il pediatra – sia nelle pratiche attinenti agli stati di malattia, sia nei più quotidiani compiti di puericultura. Riguardano, inoltre, competenze empatiche e relazionali volte tanto a costruire una relazione di sostegno e di rassicurazione soprattutto nei confronti del ruolo materno, responsabile della maggior parte del lavoro di cura, quanto verso i loro piccoli pazienti.

È una funzione che pone il pediatra primariamente come educatore, chiamato a svolgere il ruolo di guida in quanto depositario di un sapere esperto, cui i genitori conferiscono maggiore legittimità rispetto a quello di senso comune trasmesso, per esempio, per via generazionale. È un sapere che orienta di conseguenza la condotta genitoriale verso un profilo di adeguatezza che riguarda tanto le pratiche di cura e di guarigione, quanto quelle volte al mantenimento del benessere infantile.

Le funzioni "diagnostico-curative", seconde in ordine di priorità, riguardano competenze più chiaramente attinenti al ruolo medico e rimandano alla rapidità della diagnosi, alla profondità di indagine e all'individuazione della cura nel minor tempo possibile. Quest'ultima competenza chiama in causa sia la richiesta di contenere nel tempo la fatica emotiva del genitore, sia la difficoltà di gestione della malattia nel quadro della complessa conciliazione dei tempi di vita e di lavoro che sperimentano le famiglie. All'interno di questa funzione, i genitori descrivono, poi, una competenza particolare che possiamo riassumere nell'aspettativa che il pediatra sia in grado di negoziare con il genitore saperi e punti di vista differenti in merito alle cure, alle terapie e alle pratiche di puericultura. In questo caso, ciò che emerge è come, a fianco del riconoscimento della centralità del sapere esperto e del pediatra come professionista, i genitori sollecitano

la possibilità di concorrere alla relazione terapeutica attraverso una negoziazione che accolga punti di vista anche non medici.

Analizzando le testimonianze dei pediatri notiamo le stesse funzioni appena descritte, ma invertite nell'ordine d'importanza e con contenuti differenti. La prima funzione riguarda il "curare con competenza", ossia in modo adeguato ai dettami della medicina più attuale e alle esigenze del bambino e, se necessario, a quelle dei genitori. In seconda istanza si ritiene necessario "informare il genitore ed educarlo alle buone pratiche", in riferimento primariamente alla salute e in secondo luogo alla corretta relazione con il pediatra, fondata innanzitutto sulla reciproca fiducia. Le rappresentazioni di ruolo autoattribuite si discostano in parte da quelle individuate dai genitori in quanto considerano improprie le competenze di ordine psicologico e pedagogico loro attribuite. Essi, piuttosto, si sentono portatori di un sapere scientifico consolidato e legittimato socialmente e come parte di una cultura professionale socialmente forte e importante. Ciò nonostante, e in accordo con i genitori, ritengono fondamentale prestare attenzione alla comunicazione terapeutica perché è ritenuta un elemento imprescindibile per stabilire una relazione di qualità con i genitori.

Adeguatezza genitoriale e negoziazione terapeutica

L'analisi delle diverse funzioni che genitori e pediatri attribuiscono al ruolo medico permettono di far emergere anche i contenuti che questi due attori attribuiscono alla genitorialità e al suo profilo di adeguatezza, e che rimandano al modo in cui si costruisce la relazione terapeutica. Le narrazioni mettono in evidenza una differenza di significati e di temporalità riferiti alla genitorialità. Per i pediatri, l'esperienza di genitore, e in particolare il compito di prendersi cura del bambino, si costruisce attraverso una distinzione tra pratiche di puericultura e pratiche di cura. Ciò significa che, all'interno della relazione terapeutica, le pratiche di puericultura sono parte delle funzioni educative/informative di cui il pediatra ritiene adeguato farsi carico fino allo svezzamento del bambino. Il periodo successivo allo svezzamento sembra porre un limite alla disponibilità all'assistenza assidua, poiché si considera esaurito il compito di *maternage* rivolto ai genitori. In altre parole, così come i bambini imparano a rendersi autonomi dai genitori, in modo analogo i genitori devono imparare a rendersi autonomi dai pediatri.

Per i genitori questo apprendistato sembra, invece, strutturarsi secondo tempi più lunghi, anche perché fondato su una forte legittimazione del pediatra come "educatore" e del sapere esperto come "guida". Ne consegue che per i pediatri i criteri dell'adeguatezza genitoriale si fondano sulla primaria capacità dei genitori, e in particolar modo delle madri, di assumersi la responsabilità di mettere in pratica le competenze base riguardanti il benessere e la salute dei figli, di saper anteporre i bisogni dei figli alle proprie necessità e di saper evolvere secondo una certa cadenza temporale nei compiti genitoriali grazie al rapporto educativo con il pediatra. Di converso, l'inadeguatezza riguarda, per l'ambito sanitario, l'incapacità mostrata nel saper attendere i tempi di cura o nel sollecitare l'intervento medico su banalità o nel porre richieste anticipate; per quel che riguarda l'ambito delle pratiche quotidiane, è invece inadeguato colui che tende a delegare la risoluzione dei problemi di senso comune agli esperti.

Nella negoziazione terapeutica, grazie alle considerazioni precedenti, è possibile individuare quali siano i criteri che i pediatri selezionano per definire un genitore adeguato o inadeguato alla negoziazione. Per i pediatri coinvolti nella ricerca il genitore adeguato è colui che è disposto a farsi educare e ad apprendere dalle esperienze precedenti, ossia colui che, sebbene dipenda dalla definizione medica delle proprie funzioni, sa comportarsi in modo autonomo senza divenirne troppo. Inadeguato a negoziare è il genitore che si pone in modo conflittuale verso il medico e mostra carenza di fiducia, ossia è inadeguato perché definisce in modo troppo autonomo le proprie funzioni.

Se queste sono in generale le posizioni espresse dai pediatri è possibile differenziare al loro interno professionisti più o meno propensi alla negoziazione con i genitori. Abbiamo infatti individuato una sorta di *continuum*, lungo il quale si dispongono i pediatri, che si caratterizza per condursi da un polo costituito da coloro che permettono ampi spazi di negoziazione, a un altro rappresentato da coloro che pensano che questi spazi debbano essere ridotti, proprio in virtù della competenza medica asimmetrica tra medico e genitore. In sintesi, è possibile affermare che il primo polo è incentrato primariamente sulla relazione, mentre il secondo sulla prestazione.

Conclusioni

Tra i tanti elementi emersi, due paiono di rilievo per quel che concerne la ricaduta nel processo di co-costruzione della relazione terapeutica: una sorta di mandato

contraddittorio che implicitamente i medici rivolgono ai genitori e il ruolo satellitare del bambino all'interno di questa relazione.

Per quanto riguarda il primo aspetto, il rapporto e la negoziazione in ambito terapeutico paiono costruirsi anche sulla base di una comunicazione a doppio legame: il genitore vive in un contesto sociale che legittima in massima misura il ricorso ai saperi esperti, ritenuti i più validi in ogni campo, per definire modelli comportamentali e stili di vita adeguati [8]. Ciò può ingenerare, in via generale, sfiducia nelle proprie capacità di attore competente nelle varie situazioni sociali, in quanto i processi di attribuzione di legittimità alle specializzazioni proprie di ogni singolo campo delegittimano, per quel campo, modelli interpretativi non congrui con quelli specialistici. Contestualmente, i saperi esperti contengono, al loro interno, il mandato rivolto a ogni soggetto di divenire, almeno parzialmente, autonomo nelle scelte e nelle pratiche che riguardano il proprio stile di vita. Quindi richiedono di essere, contemporaneamente, attori vincolati e attori autonomi. Ciò è presente anche nel campo della genitorialità ritenuta adeguata.

Nelle interviste i pediatri portano in evidenza questo mandato contraddittorio rivolto ai genitori, ai quali viene richiesto di essere fiduciosi nelle proprie capacità di osservazione, di discriminazione, di individuazione dei sintomi, di somministrazione delle cure, di attuazione di pratiche quotidiane ritenute adeguate al mantenimento del benessere, quindi autonomi e, nello stesso tempo, di essere inseriti pienamente all'interno dei paradigmi interpretativi propri del campo biomedico, e di aderirvi; tuttavia si tratta di paradigmi che tendono a delegittimare forme di sapere non scientifico e "profano". In tal modo pediatri e genitori sembrano essere i protagonisti di una comunicazione e di forme di negoziazione terapeutica viziate a monte da un mandato impossibile, per sanare almeno parzialmente il quale è necessario il costante ricorso a doti individuali, psicologiche e relazionali, che rendono possibile una conciliazione, altrimenti inattuabile senza la volontà del mutuo sostegno finalizzato al benessere dei bambini.

Per quanto riguarda il secondo aspetto, dall'insieme delle testimonianze emerge una grande assenza: il ruolo attivo riconoscibile ai bambini nel partecipare alla costruzione delle pratiche quotidiane per il mantenimento della salute e alla composizione dei percorsi riguardanti gli stati di malessere e di malattia, di cura e di guarigione.

XXV Congresso Nazionale ACP

OGNUNO AL SUO LAVORO PER IL BAMBINO E LA SUA FAMIGLIA

Monza, Urban Center Binario 7 – 10-12 ottobre 2013

La presenza dei bambini, nelle interviste realizzate con i genitori e nei *focus group* con i medici, è fortemente connotata da rappresentazioni relative ai “corpi malati”, la cui esperienza pare essere riconoscibile soltanto attraverso la mediazione genitoriale, e a quella materna in particolare, più che da rappresentazioni che li connotano come soggetti attivi, per quanto sofferenti, in grado di manifestare modi propri di sperimentare gli stati di salute e di malattia.

Tuttavia, l'insieme delle testimonianze fa trasparire l'esistenza, *in nuce*, della consapevolezza relativa alla titolarità di definizione e di espressione del proprio stato di salute e di malattia riconoscibile ai bambini.

Accogliendo, dunque, i suggerimenti indiretti provenienti dalle narrazioni raccolte, riteniamo che affinare l'ascolto dei bambini sia un primo, importante passo verso il riconoscimento del loro ruolo attivo nell'implementazione del diritto alla salute. ♦

Bibliografia

- [1] Saraceno C, Naldini M. Sociologia della famiglia. Bologna: il Mulino, 2001.
- [2] Beck U, Beck-Gernsheim E. Il normale caos dell'amore. Torino: Bollati Boringhieri, 1996.
- [3] de Singly F. Le soi, le couple et la famille. Parigi: Nathan, 1996.
- [4] Augé M, Herzlich C. Il senso del male. Milano: Il Saggiatore, 1986.
- [5] Laplantine F. Antropologia della malattia. Firenze: Sansoni, 1988.
- [6] Neresini F. Salute, malattia, medicina: lo sguardo sociologico. In: Bucchi M, Neresini F. Sociologia della salute. Milano: Carocci, 2001.
- [7] Bert G, Quadrino S. Parole di medici, parole di pazienti. Roma: Il Pensiero Scientifico, 2002.
- [8] Bateson G. Verso un'ecologia della mente. Milano: Adelphi, 1976.

Giovedì 10 ottobre

ore 13,47 *binario 7...*
Apertura del Congresso:
P. Siani e F. Sereni
Presentazione: M. Narducci

C'è un lavoro comune da Torino a Monza

ore 14,30 *Il modello del bambino con sindrome di Down*
Modera: A. Selicorni
Le evidenze e le nuove conoscenze (C. Fossati)
La ricerca (M. Incerti)
Le famiglie (C. Caggioni)
"Più in là" (G. Biasini)

ore 15,45 *Gli specializzandi ci insegnano: 5 casi clinici*
Coordina: M. Fontana

ore 16,45 *Coffee break*

ore 17,15 *Pediatra e ambiente*
Modera: G. Toffol
ILVA: un'esperienza sul campo (A. Moschetti)
"Pensiamoci prima": un progetto per la mamma e il suo bambino (P. Vergani)
"Più in là" (G. Tamburlini)

ore 18,30 *Termine dei lavori*

Venerdì 11 ottobre

ore 8,47 *binario 7...*

Un compito per ciascuno. Esperienze

Modera: L. Reali

ore 9,00 *Efficacia del beclometasone versus placebo nella profilassi del wheezing virale in età prescolare. Lo studio ENBe*

la domanda, il contesto, la strategia di ricerca e i risultati (A. Clavenna)
L'esperienza di un ricercatore (A. Nova)
Il coinvolgimento della famiglia (S. Redaelli)
"Più in là" (F. Marchetti)

Valutazione neuroevolutiva e promozione dello sviluppo psicomotorio 0-3 anni
Percorsi di formazione possibili (F. Zanetta)
"Più in là". L'attenzione allo sviluppo del bambino all'interno del contesto familiare (G. Rapisardi)

ore 11,00 *Coffee break*

ore 11,20 *Modera: E. Valletta*
Il Progetto "Lattanti al bivio" e la finestra di tolleranza (L. Badina)
"Più in là". Alimenti solidi, evidenze liquide (M. Fontana)
Sapere per saper fare
Come si legge e cosa ci dice un emocromo (M. Jankovic)

ore 13,00 *Colazione di lavoro*

ore 14,30 *Rivedere le stelle.*
La Divina Commedia, il teatro e quell'umanissimo viaggio messo in scena con cura (della persona)
Un filmato per il racconto di un'esperienza

ore 15,00 *Quaderni acp compie 20 anni*
Aggiorniamoci con la FAD (M. Gangemi)

ore 15,30 *Assemblea soci ACP*

Sabato 12 ottobre

ore 8,47 *binario 7...*

Ognuno al suo lavoro

ore 9,00 *Sapere per saper fare*
Modera: A. Biondi
Avrà un tumore? Segni e sintomi di sospetto (M. Massimino)
Aggiornamento avanzato
La rottura della tolleranza nella patologia autoimmune e l'induzione della tolleranza nella medicina trapiantologica (M.G. Roncarolo)

ore 10,00 *L'adolescenza e il disagio psichico*
Modera: F. Mazzini
La crisi psichiatrica acuta: le criticità nella pratica e nelle modalità di intervento (R. Sangermani)
"Più in là". Strategie e buone pratiche possibili (A. Costantino)

Lezione magistrale
Segnali di sofferenza psichica in adolescenza.
Intervento precoce (G. Pietropolli Charmet)

ore 11,30 *Coffee break*

ore 11,50 *La formazione dello specializzando nei Paesi con limitate risorse*
Modera: M. Gangemi
Un progetto per gli specializzandi (S. Aversa)
Le esperienze del pediatra in formazione (G. Masera)
"Più in là" (D. Carraro)

ore 13,00 *Il mestiere di medico: istruzioni per l'uso* (G. Biasini)

ore 13,30 *Arrivederci all'anno prossimo*

Segreteria scientifica

ACP Milano e Provincia: Angela Biolchin, Giusi De Gaspari, Chiara Di Francesco, Carla Gussoni, Laura Mauri, Mario Narducci, Aurelio Nova, Maria Letizia Rabbone, Raffaella Schirò, Luciano Scotti, Federica Zanetta
e-mail: marionarducci@libero.it

Clinica Pediatrica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi Milano-Bicocca

Direttivo nazionale ACP:
www.acp.it
e-mail: comitatodirettivo@acp.it

Provider e Segreteria organizzativa

Quickline Traduzioni&Congressi
Via S. Caterina da Siena, 3
34122 Trieste

Tel. 040 773737
fax 040 7606590
cell. 3357773507