

Tanti, troppi tagli cesarei in Italia

Serena Donati
Istituto Superiore di Sanità

Riprendiamo in questo numero il FORUM di Quaderni acp. Lo dedichiamo a un altro importante aspetto di sanità pubblica riguardante la salute delle mamme e dei bambini: quello del taglio cesareo o, per meglio dire, dell'epidemia di cesarei in Italia. L'argomento è di grande attualità e rappresenta, ancora una volta, come già in passato, uno dei temi principali dell'ultimo Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 e dell'accordo Stato-Regioni sul cosiddetto "percorso nascita". Quaderni acp, raccogliendo la sollecitazione del gruppo di lavoro di Neonatologia dell'ACP, ospiterà una serie di contributi di esperti di diversa estrazione, dalla cui lettura si potranno ricavare analisi e visioni dialetticamente complementari. Abbiamo chiesto di introdurre il FORUM a Serena Donati che ci fornisce un quadro dell'epidemiologia del TC, avendo come sfondo di riferimento generale i rapporti tra salute della donna, appropriatezza degli interventi e medicalizzazione della nascita. Serena Donati è specialista in ginecologia e ostetricia e ricercatrice presso il reparto Salute della donna e dell'età evolutiva del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità, e si occupa da sempre di salute della donna. È autrice di oltre 70 pubblicazioni su riviste nazionali e internazionali e fa parte di numerose commissioni nazionali sulla salute sessuale e riproduttiva. I commenti dei lettori sono benvenuti e possono essere inviati collegandosi a www.quaderniacp.it e accedendo al link "forum", sezione "taglio cesareo", oppure direttamente al mio indirizzo di posta elettronica (corchiacarlo@virgilio.it). (Carlo Corchia)

Parole chiave Taglio cesareo. Epidemiologia. Appropriatezza

Nel lontano 1972, Archibald Cochrane scriveva: "L'assistenza medica alla donna gravida [...] consiste essenzialmente in una serie di metodi di depistage che, per una curiosa combinazione, si sono sottratti alla valutazione critica rivelatasi tanto utile nelle altre discipline che impiegano metodi analoghi". Quali considerazioni a distanza di 40 anni?

In Italia parte dell'assistenza perinatale è caratterizzata da un'imponente attività di screening volta a identificare patologie in donne apparentemente sane. Tuttavia solo poche di queste attività rispondono ai criteri per l'impiego di un test di screening. Molte di esse non sono state sottoposte a valutazioni rigorose prima di essere adottate nella pratica clinica: basti pensare al largo impiego degli ultrasuoni in gravidanza e al monitoraggio elettronico fetale.

Al contrario, come sosteneva Enkin nel 1996, ogni aspetto dell'assistenza sanitaria dovrebbe essere sottoposto a valutazioni di efficacia e di costo-efficacia, specialmente nell'assistenza ostetrica dove le donne, che sono sane e al massimo della loro potenza creativa, si rivolgono ai professionisti sanitari con l'opinione iatrogena che l'assistenza medica possa ulteriormente migliorare gli eccellenti risultati che la natura già assicura loro [1]. L'appropriatezza è un concetto

che integra efficacia, efficienza e opportunità degli interventi sanitari, sia dal punto di vista clinico che organizzativo; in quanto tale essa ha ricadute sulla salute della popolazione e sulla sostenibilità economica di un sistema sanitario pubblico universale. Vorrei pertanto che l'appropriatezza fungesse da riferimento per le riflessioni che seguono.

L'eccesso di medicalizzazione che caratterizza l'assistenza al percorso nascita nel nostro Paese, oltre a compromettere l'appropriatezza clinica, causa un aumento ingiustificato dei costi e, non ultimo per importanza, promuove un effetto di dipendenza e di perdita di controllo nei processi decisionali da parte delle donne.

Personalmente ritengo che la promozione di processi di *empowerment*, in grado di valorizzare le competenze delle donne riguardo alla nascita e di limitare l'asimmetria di informazione e conoscenza rispetto ai professionisti sanitari, possa giocare un ruolo fondamentale nella garanzia di appropriatezza. Prima di passare in rassegna gli interessanti dati relativi all'epidemiologia del taglio cesareo (TC) disponibili nel nostro Paese, penso sia opportuno sottolineare che il vertiginoso aumento di tale pratica chirurgica rappresenta solo la punta di un iceberg la cui grande parte sommersa riguarda l'eccesso di medicalizzazione nell'assistenza all'intero percorso nascita. Approcci settoriali che non siano in grado di governa-

re l'intero processo in maniera olistica, dall'assistenza prenatale a quella post-natale passando per la nascita, non potranno, a mio avviso, produrre alcun miglioramento negli esiti di salute delle donne e dei neonati.

Epidemiologia

Negli ultimi 30-40 anni, in molti Paesi europei ed extra-europei, si è osservato un aumento della proporzione di TC con frequenze variabili che si collocano mediamente intorno al 25% [2]. I tassi di incremento e la cronologia degli eventi presentano notevole variabilità da Paese a Paese.

Negli anni '70, la gran parte dei Paesi socialmente avanzati registrava percentuali molto contenute di TC, pari a circa il 5% del totale dei parti. Diversi Paesi del Nord Europa, come Islanda, Norvegia, Finlandia, Svezia, Olanda e Belgio, sono passati dal 2-6% di TC nel 1970 al 12-14% negli anni '90 per poi arrestare, senza necessità di interventi *ad hoc*, il trend in crescita e mantenersi nel 2007 su proporzioni di cesarei intorno al 15% [3]. Gli Stati Uniti e il Canada negli anni '90 hanno arrestato l'ascesa percentuale dei cesarei, che aveva superato il 20%, attraverso appositi piani d'azione, ma successivamente hanno registrato un nuovo incremento e nel 2007 il Canada si attestava al 26% di TC e gli USA al 31% [3]. Nello stesso anno, in Europa, solo due Paesi avevano superato il 30% di

Per corrispondenza:
Serena Donati
e-mail: serena.donati@iss.it

forum

cesarei: il Portogallo (31%) e l'Italia (38%) [3].

Il nostro Paese detiene quindi il primato europeo, con una percentuale di TC salita dall'11% nel 1980 al 28% nel 1996 e al 38% nel 2008, ma anche con importanti differenze per area geografica. Infatti, tutte le regioni meridionali presentano valori nettamente al di sopra della media nazionale (60% nel 2008 in Campania) mentre alcune regioni del Nord si collocano, nello stesso anno, notevolmente al di sotto della media nazionale (24% nel Friuli-Venezia Giulia e in Toscana) [4]. Se si analizza il trend temporale dal 2005 al 2008 si rileva una stabilità nel Nord (29%) e nel Centro (35%) a fronte di un lieve aumento al Sud del Paese (dal 51 al 52%). Il forte gradiente Nord-Sud rimane tuttavia stabile.

La variabilità nella proporzione di TC risulta associata anche alla tipologia del centro nascita (pubblico vs privato) e al suo volume di attività (numero di parti per anno). Nonostante i casi di maggiore complessità clinica tendano a concentrarsi nei punti nascita pubblici di terzo livello, in Italia si registra una maggiore frequenza di TC nei centri nascita privati (61% nelle case di cura private accreditate e 75% in quelle non accreditate) rispetto a quelli pubblici (35%) [4]. La percentuale di TC decresce inoltre all'aumentare del volume di attività del centro nascita, espresso in numero di parti annui. Nonostante la proporzione di cesarei sia aumentata nel tempo in tutte le tipologie di strutture, essa ha raggiunto il 50% del totale delle nascite in quelle con meno di 500 parti e il 34% in quelle con oltre 2500 parti annui, che sono le uniche in cui è stato registrato un lieve decremento nel tempo [4]. È interessante notare come il Sud del Paese, che registra la maggiore proporzione di TC, detenga la più alta proporzione di assistenza privata sia in gravidanza sia al parto, e la maggiore percentuale di parti avviene in strutture che assistono pochi parti annui. Per esempio in Basilicata, Molise, Calabria e Sicilia oltre il 40% dei parti avviene in centri nascita con meno di 500 parti annui. Al contrario, in molte regioni del Nord come l'Emilia Romagna, il Friuli Venezia Giulia, il Veneto e la Lombardia la proporzione di nati in centri nascita con meno di 500 parti annui è inferiore al 20%.

Il parto cesareo primario

Un interessante lavoro realizzato nell'ambito del Programma Nazionale Esiti del Ministero della Salute ha preso in esame, quale indicatore di esito, il *parto cesareo primario* definito come "parto cesareo in donne che non hanno subito un precedente cesareo" [5]. La proporzione nazionale di *cesarei primari* calcolata attraverso le SDO del 2008, aggiustata per fattori di rischio di TC della donna e per flusso di attività dei centri nascita, è pari al 29%. La distribuzione tra regioni conferma il gradiente Nord-Sud rilevato per i TC totali, ma presenta alcune diversità. Nonostante le regioni più virtuose rimangano concentrate al Nord, con Friuli Venezia Giulia, Alto Adige e Trentino con proporzioni aggiustate di *cesarei primari* inferiori al 16%, la Liguria presenta una proporzione pari al 35%, analoga a quelle registrate nel Sud dove la regione con la situazione più critica è l'Abruzzo con il 40% mentre la Campania riporta il 36%.

I confronti tra centri nascita e Asl di residenza delle donne hanno permesso di rilevare un'eterogeneità maggiore di quella osservata tra regioni.

Questo dato permette di comprendere come il fenomeno dell'eccesso di TC risenta prioritariamente delle caratteristiche organizzative e professionali dei singoli centri nascita, e non sempre sia in relazione diretta con le politiche regionali. Tant'è che tra i 20 centri nascita con le migliori proporzioni aggiustate di *cesarei primari*, per la gran parte appartenenti alle regioni del Nord, troviamo in seconda e terza posizione due ospedali della Campania che, come è tristemente noto, presenta un dato complessivo molto critico. Va inoltre segnalato come nella maggior parte delle ASL del Nord e in alcune del Centro, che presentano proporzioni contenute di TC primari, anche gli altri indicatori di salute riproduttiva delle donne e dei neonati mostrano valori molto buoni.

Anche la cittadinanza della madre comporta una diversa frequenza di ricorso al cesareo. A livello nazionale la percentuale di TC è pari al 40% nelle donne italiane e al 28% in quelle straniere che partoriscono nelle stesse strutture sanitarie [4]. Le donne di cittadinanza non italiana sembrano protette dall'eccesso di TC non solo in conseguenza della più giova-

ne età (età media 28 anni per le straniere e 32 anni per le italiane), ma anche grazie alla maggiore appropriatezza offerta dall'assistenza dei servizi pubblici. Dalle indagini nazionali ISS risulta infatti che le donne straniere si rivolgono per l'assistenza in gravidanza prevalentemente ai consultori familiari e ai servizi pubblici mentre circa il 75% delle donne italiane preferisce affidarsi a un ginecologo privato, che quindi sembra rappresentare un fattore di rischio indipendente per l'eccesso di medicalizzazione dell'assistenza alla gravidanza e al parto [6-8].

Indicazioni ed esiti

Anche l'aumento di TC registrato all'aumentare dell'età materna non è interamente spiegabile in base a motivazioni cliniche. La maggiore frequenza di madri che partoriscono oltre i 35 anni di età e/o che ricorrono alle tecniche di riproduzione assistita sembra aver inspiegabilmente autorizzato la traduzione degli odiosi concetti di "primipara attempata" e di "figlio prezioso" in indicazioni cliniche al TC.

Entrando nel merito delle indicazioni, nel 2008 la più frequente diagnosi principale per TC riportata nelle SDO è il "*pregresso parto cesareo*" (codice 65421) che, pur non rappresentando né una patologia né un'indicazione elettiva al TC, copre il 26% del totale delle diagnosi. Le più recenti revisioni delle prove di efficacia e, dal luglio 2010, anche l'American College of Gynecologists and Obstetricians raccomandano il parto vaginale dopo un pregresso TC, procedura che in letteratura presenta un tasso di successo pari al 60-80% [9].

Tuttavia, l'ultimo rapporto Cedap riferito ai dati raccolti nel 2008 registra, a livello nazionale, una percentuale pari al 10% di parti spontanei in donne già cesarizzate [4]. Tale pratica è inoltre quasi esclusivo patrimonio dei punti nascita pubblici e prevalentemente di quelli del Nord. Il codice SDO di diagnosi principale 66971 che corrisponde a "*TC, senza menzione dell'indicazione, parto con o senza menzione delle condizioni antepartum*", nel 2008 rappresenta il 20% delle diagnosi principali relative al cesareo, cioè in oltre 43.000 TC la motivazione clinica dell'intervento non è descritta nelle SDO.

Alla luce di questi dati sembra legittimo ipotizzare che, oltre ai cesarei per i quali

esiste un'indicazione clinica, nel nostro Paese si praticano un numero di TC non riconducibile né alle caratteristiche della popolazione, né alla diversa frequenza di indicazioni mediche per problemi materni o fetali. Le ampie variazioni registrate sembrano piuttosto secondarie a motivazioni non cliniche, quali carenze strutturali e organizzative dei centri nascita, aspetti culturali che assimilano il TC a una modalità elettiva di parto, la paura dei contenziosi medico-legali che, insieme a una progressiva ridotta competenza del personale sanitario nel gestire la fisiologia della gravidanza e del parto, promuove il cesareo come pratica difensiva.

Va tuttavia sottolineato che l'utilizzo inappropriato di una pratica assistenziale di provata efficacia quale il cesareo non si associa necessariamente a migliori esiti perinatali per le donne e per i bambini. Infatti, molte regioni con un tasso medio di cesarei più basso della media nazionale presentano minore mortalità e morbosità materna e neonatale rispetto a regioni con alto tasso di cesarei [10-11]. Paragonato al parto vaginale, il TC programmato comporta un maggior rischio di mortalità materna, un aumentato rischio di ulteriore chirurgia, di isterectomia, di ricovero in terapia intensiva, di ricovero prolungato e ridotta probabilità di allattare al seno oltre a un maggiore rischio di patologia della placentazione nelle future gravidanze. Le indicazioni del National Institute of Health statunitense rammentano inoltre che la donna che subisce un taglio cesareo corre più rischi di non riuscire ad avere altri figli e sostengono che il cesareo non debba essere motivato dal mancato controllo del dolore in travaglio di parto.

Le soluzioni possibili

Sulla base di tali considerazioni, appare necessario promuovere interventi di sanità pubblica finalizzati al contenimento del fenomeno e alla diffusione di pratiche cliniche appropriate. La complessità del fenomeno considerato richiede una strategia molteplice di intervento, in grado di coniugare misure di programmazione sanitaria finalizzate all'incrinazione delle buone pratiche e al contenimento degli eccessi con iniziative educative e formative volte a modificare l'atteggiamento degli operatori sanitari e

della popolazione rispetto all'uso del TC. In questa prospettiva va considerata anche l'opportunità di predisporre percorsi differenziati per l'assistenza alla gravidanza fisiologica e a quella a rischio e valorizzare il ruolo dei vari professionisti, in particolare quello delle ostetriche, promuovendo la loro autonomia nell'assistenza alla fisiologia. La grande variabilità registrata nel Paese tra regioni, tra ASL e tra singoli centri nascita deve essere letta come un'opportunità di possibile miglioramento per le realtà meno virtuose.

In alcuni centri nascita del Paese, che mantengono proporzioni contenute di TC, gli strumenti operativi risultati efficaci sono: la conduzione ostetrica omogenea dell'équipe coordinata da un responsabile di sala parto motivato al cambiamento ("specie in via di estinzione" nel nostro Paese), l'utilizzo di protocolli e linee guida condivise basate sulle prove di efficacia (sono disponibili le linee guida ISS su gravidanza fisiologica e taglio cesareo [12-13]), l'ausilio di strumenti, quali la classificazione di Robson, per una migliore identificazione e interpretazione delle aree critiche, e le esperienze di audit clinico permanente. Infine, ma non ultima, va ricordata la gestione dell'assistenza alla gravidanza e al parto fisiologico affidata alle ostetriche, già realizzata con successo in alcune ASL e centri nascita, la cui efficacia complessiva rispetto ad approcci più tradizionali è stata dimostrata in numerosi trial e in una revisione sistematica, e che può tradursi anche in una riduzione della frequenza del cesareo [14-15].

Le più recenti politiche sanitarie proposte dal Ministero della Salute per arginare il fenomeno promuovono un piano nazionale per la promozione dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del TC che è stato approvato in Conferenza Stato-Regioni. Il piano si articola in 10 punti che riguardano la razionalizzazione dei punti nascita, l'integrazione territorio-ospedale, l'elaborazione e l'implementazione di linee guida evidence-based, la revisione dei curricula formativi universitari, la formazione degli specialisti neo-assunti e l'aggiornamento continuo dei professionisti; e inoltre, l'attivazione di procedure di monitoraggio/valutazione e di pratiche di audit per-

manente tra professionisti sanitari. Ma, per avviare il cambiamento, occorre agire e governare i processi, per non ripetere l'esperienza negativa dei precedenti due piani sanitari, alle cui raccomandazioni per ridurre i TC ha fatto seguito, al contrario, il loro aumento. Il gap tra l'evidenza e la pratica è grande, la disseminazione passiva dei risultati della ricerca non è stata in grado di modificare la pratica clinica, la comunicazione tra clinici ed epidemiologi rimane difficile e talora conflittuale, e le linee guida e le raccomandazioni hanno ancora un impatto debole. La sfida, quindi, non può basarsi sulla pura e semplice raccomandazione, ma consiste nel voler farsi carico dei problemi e intraprendere azioni il cui impatto possa essere valutato.

Nell'agenda del ventunesimo secolo la "nascita naturale" figura tra gli obiettivi prioritari a livello europeo a causa della preoccupazione diffusa circa l'effetto iatrogeno di interventi ostetrici privi di una reale indicazione medica. Obiettivo ambizioso ma dovuto, che mi consente di concludere queste riflessioni con due significative parole pronunciate da una donna che ho avuto il piacere di assistere in occasione del suo primo parto vaginale: "Sono esausta, ma estasiata". ♦

Bibliografia

- [1] Enkin MW. The need for evidence-based obstetrics [Editorial]. *Evidence-Based Medicine* 1996;1:132. La necessità di un'ostetricia basata sulle prove di efficacia. Mc Master University Hamilton, Ontario, Canada. Traduzione, autorizzata dall'autore, di Gori G., Basevi V. www.saperidoc.it/print_ques_67.html.
- [2] EURO-PERISTAT. European Perinatal Health Report by the EURO-PERISTAT project in collaboration with SCPE, EUROCAT & EURONEO-STAT, 2008. Disponibile all'indirizzo: www.europeristat.com.
- [3] OCSE Health Data 2009. Disponibile all'indirizzo: <http://www.oecd.org/health/healthdata>.
- [4] Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale del Sistema Informativo, Ufficio di Direzione Statistica. Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita-Anno 2008. Ministero della Salute, 2011.
- [5] Fusco D, Davoli M, Lallo A, Perucci CA. Valutazione nazionale degli esiti del parto: taglio cesareo. Monitor - Elementi di analisi e osservazione del sistema salute. Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali 2010;26:51-9, AGENAS.
- [6] Donati S, Spinelli A, Grandolfo ME, et al. L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia. *Ann Ist Super Sanità* 1999;35:289-96.
- [7] Grandolfo M, Donati S, Giusti A. Indagine conoscitiva sul percorso nascita, 2002. Aspetti metodologici e risultati nazionali. <http://www.epicen->

tro.iss.it/problemi/percorso-nascita/ind-pdf/nascita-1.pdf.

[8] Grandolfo M, Lauria L, Lamberti A. Il percorso nascita: promozione e valutazione della qualità dei modelli operativi. Principali risultati dell'indagine sul percorso nascita. Presentato al Convegno "Il Percorso Nascita nella prospettiva del Progetto Obiettivo Materno Infantile - POMI"; Istituto Superiore di Sanità, Roma, 28 aprile 2010. Disponibile all'indirizzo: http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/PDF_Convegno_28-Apr-2010/Lauria_Principali%20Risultati_.pdf; Ultima consultazione 27/6/2011.

[9] Agency for Healthcare Research and Quality. Vaginal birth after cesarean: new insights. AHRQ Publication No.10-E003, March 2010. <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/vbacup/vbacup.pdf>.

[10] Ministero della Salute. Lo stato di salute delle donne in Italia. Primo rapporto sui lavori della Commissione "Salute della Donna". Roma, marzo 2008.

[11] Donati S, Senatore S, Ronconi A, and the regional maternal mortality working group. Maternal Mortality in Italy: a record linkage study. BJOG 2011;118:872-9.

[12] SNLG-ISS. Gravidanza fisiologica. Linea guida 20. Roma: Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria, 2010. Disponibile all'indirizzo: http://www.snlg-iss.it/lgn_gravidanza_fisiologica_2010.

[13] SNLG-ISS. Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Linea guida 19. Roma: Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, 2010; Disponibile all'indirizzo: http://www.snlg-iss.it/lgn_taglio_cesareo_assistenza_donne.

[14] Hatem M, Sandall J, Devane D, et al. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub2.

[15] Gottvall K, Waldenström U, Tingstig C, Grunewald C. In-hospital birth center with the same medical guidelines as standard care: a comparative study of obstetric interventions and outcomes. Birth 2011;38:120-8.

XXIII CONGRESSO NAZIONALE ACP Con l'alto patronato del Presidente della Repubblica

13, 14, 15 ottobre 2011
Auditorium Antonianum - Viale Manzoni, 1 - Roma

IL BAMBINO CHE VERRÀ

Giovedì 13 ottobre

- 9,00 -13,00 SESSIONE PRECONGRESSUALE CONGIUNTA ACP-SIP
L'Early Child Development
- 15,00-15,40 Il progetto "Pensiamoci prima": prevenzione degli esiti sfavorevoli della riproduzione (*P. Mastroiacovo, Roma*)
- 15,40-16,10 Il pediatra e l'informazione interconcezionale (*C. Corchia, Roma*)
- 16,10-16,30 Caso clinico (*M. Trivellini, Roma*)
- 16,30-17,10 Alcuni neonati "particolari": i gemelli (*M. De Curtis, Roma*)
- 17,10-17,40 Scenario clinico (*MF. Siracusano, Messina*)
- 17,45-19,00 Riunione dei Gruppi ACP

Venerdì 14 ottobre

- 9,00-09,20 Il dolore del bambino: cosa sapere e cosa fare (*L. de Seta, Napoli*)
- 9,20-09,40 Il dolore da procedure (*E. Barbi, Trieste*)
- 9,40-10,00 Discussione
- 10,00-10,20 Il dolore nel reparto oncologico (*A. Pession, Bologna*)
- 10,20-10,40 Caso clinico (*P. Lazzarin, Padova*)
- 10,40-11,00 Discussione
- 11,20-12,00 I bambini e il terremoto (*R. Pollice, L'Aquila*)
- 12,00-12,10 Rendiamo accoglienti i nostri ospedali. Ricerca ACP-SISIP (*P. Siani, Napoli; D. Ciofi, Firenze*)
- 12,10-12,20 Efficacia del beclometasone vs placebo nella profilassi del "wheezing" virale in età prescolare: ENBe (*A. Clavenna, Milano*)
- 12,20-12,30 La ricerca in infermieristica pediatrica (*F. Festini, Firenze*)
- 12,30-12,40 La ricerca in ACP da oggi in poi (*E. Valletta, Forlì*)
- 12,40-13,00 Discussione
- 14,30-15,00 I farmaci biologici in Reumatologia (*E. Cortis, Terni*)
- 15,00-15,30 Diabetologia: nuove terapie? (*R. Schiaffini, Roma*)
- 15,30-16,00 Oculistica: che c'è di nuovo (*MC. Torcè, Roma*)
- 16,00-16,30 Ortopedia: novità vere o nuove torture? (*C. Tudisco, Roma*)
- 16,30-17,00 Sessione comunicazioni
- 17,00-19,00 Assemblea dei soci
- 20,30 Cena sociale con animazione musicale

Sabato 15 ottobre 9,00-13,00

- 9,00-09,40 Minorenni e Internet nella Convenzione sui diritti dell'infanzia (*F. Aguiari, Roma*)
- 9,40-10,20 Adolescenti e social network: uso e abuso (*F. Tonioni, Roma*)
- 10,20-10,40 Un caso clinico (*V. Calia, Roma*)
- 10,40-11,20 Famiglia, pediatra e sviluppo della sessualità (*R. Giommi, Firenze*)
- 11,40-12,20 In quale ambiente vivrà il bambino che verrà? (*R. Bertolini, Copenhagen*)
- 12,20-12,40 Domande e risposte ai "Pediatra per Un Mondo Possibile" (*G. Toffol, Pederobba - TV*)
- 12,40-13,00 Come è andata (*G. Biasini, Cesena*)