

Padre in sala operatoria e contatto precoce "pelle a pelle" durante il taglio cesareo: si può fare!

Franco Colonna*, Isabelle Robieux*, Elisabetta Santin*, Manfred Camper*, Gabriella Nadalin**

*SC di Pediatria, SC di Ostetricia e Ginecologia; **SC di Anestesia e Rianimazione, PO di San Vito al Tagliamento (PN), ASS6 Friuli Occidentale

Abstract

Fathers in the operating room and early skin-to-skin contact during caesarean section: It can be done!

We present our experience as a "Baby Friendly Hospital" a designation awarded by WHO/UNICEF (World Health Organization and United Nation Children's Fund) regarding feasibility and satisfaction of early and intimate contact (bonding) between mother and newborn (step 4 of the 10 steps) starting in the operating room with the father present during the caesarean section (CS). We had 760 births in one year and of these, 22% were CS; a little more than half of these were elective CS. Almost all of them were performed with spinal anaesthesia. The initiation of bonding in the operating room was possible in 61% of cases. During the postpartum period, bonding was implemented in 75% of the CSs, lasting, in 29% of cases, more than 2 hours. Early and prolonged skin to skin contact is associated with a high percentage (82%) of successful exclusive breastfeeding during hospitalization. On a trial basis and with the appropriate training, we offered the opportunity for fathers to have access to the operating room during the elective CS. This approach was accepted by approximately 20% of fathers. No problems, accidents or interferences with the medical team was observed. Afterwards, a telephone survey was conducted, at least 6 months after the experience, and all of the fathers stated that they were satisfied. We show that it is possible to propose early skin-to-skin contact and the presence of the father in the operating room, during a CS, with adequate parental preparation and applying safety standards, in order to personalize, familiarize and humanize health care. However, this should not constitute an excuse to increment the rate of CSs, often without plausible reason, in Italy.

Quaderni acp 2009; 16(1): 10-14

Key words Fathers. Caesarean section. Operating room. Bonding. Skin-to-skin contact. Breast feeling

Viene presentata l'esperienza di "Ospedale Amico del Bambino" riconosciuto dall'OMS/UNICEF riguardo a fattibilità e gradimento del contatto intimo e precoce tra madre e neonato fin dalla sala operatoria, e della presenza del padre in corso di parto mediante taglio cesareo (TC). In un anno sono stati eseguiti 760 parti di cui il 22% mediante TC, poco più della metà programmati. Questi ultimi furono condotti tutti con anestesia spinale. Il contatto pelle a pelle madre/neonato già in sala operatoria è stato possibile nel 61% dei casi e considerando anche il postpartum esso fu eseguito per almeno un'ora nel 75% dei TC, e per più di due ore complessive nel 29% dei casi. Il contatto precoce e prolungato pelle a pelle si associa a elevate percentuali (82%) di successo dell'allattamento esclusivamente materno durante tutto il ricovero. È stata offerta ai padri la possibilità di accedere alla sala operatoria durante il TC programmato, previa adeguata preparazione. La proposta è stata accolta dal 20% dei padri. In nessun caso si sono verificati problemi, incidenti o interferenze con l'assistenza. A una intervista telefonica strutturata eseguita dopo almeno 6 mesi tutti i padri hanno dichiarato di aver gradito l'esperienza. Un quinto di essi avrebbe gradito informazioni più dettagliate. Si suggerisce che, se gradito dai genitori, previa adeguata preparazione e salvaguardando tutti gli standard di sicurezza, anche in caso di TC è possibile proporre il contatto precoce madre/neonato e la presenza del padre. Ciò al fine di favorire personalizzazione, familizzazione e umanizzazione delle cure in ogni caso, senza tuttavia che ciò rappresenti un alibi nel contrasto alla crescente e spesso ingiustificata tendenza all'incremento dei TC in corso in Italia.

Parole chiave Padri. Parto cesareo. Sala operatoria. Bonding. Contatto pelle a pelle. Attaccamento madre-bambino. Allattamento al seno

"SE PUOI SOGNARLO, PUOI FARLO".

Introduzione

Bonding: una parola inglese che significa attaccamento, vincolo, creare un legame, e che è divenuta sempre più familiare negli ultimi 40 anni, specie dopo gli studi di Klaus e Kennel [1].

Per chi di professione aiuta i bambini a nascere, un momento importante per favorire il bonding è il primissimo contatto pelle a pelle ("early skin-to-skin contact") del neonato con la madre, che permette di consolidare il legame iniziato durante la gravidanza. È questo legame profondo, specifico, duraturo – fisico e psicologico insieme – che aiuterà le donne ad allattare, accarezzare, cullare il proprio bambino e giocare con lui, ma anche a proteggerlo, non trascurarlo e non abbandonarlo, creando le basi per le future relazioni affettive e sociali [2-3].

Il primo più semplice e naturale mezzo per facilitare un legame positivo è quello di lasciare il neonato nudo tra le braccia della mamma, in contatto pelle a pelle fin dai primi minuti di vita e per le ore successive al parto, evitando separazioni inutili se lo stato di salute di entrambi lo permette e, ovviamente, se la madre lo gradisce. È la memoria arcaica, quella legata all'istinto della procreazione e alla sopravvivenza della specie, che si risveglia. Ci si accorge di fare e provare con naturalezza gesti e sentimenti che si credeva di non conoscere, ricevendo piacere e sensazioni di appartenenza e potenza [2].

Tutti gli animali in fondo fanno così, e tutte le donne facevano così prima che il neonato fosse routinariamente allontanato per ragioni "assistenziali" che di solito non sono necessarie o urgenti. I neonati sono fatti per sopravvivere e adattarsi alla vita solitamente senza bisogno di aiuti esterni, e un osservatore esperto può valutare il loro benessere anche in braccio alle madri.

Per corrispondenza:

Franco Colonna

e-mail: franco.colonna@ass6.sanita.fvg.it

ricerca

Il contatto intimo madre/neonato iniziato fin dai primi minuti di vita ha effetti favorevoli, dimostrati da un'ampia letteratura degli ultimi decenni, oggetto di una recente revisione critica che merita davvero una lettura [4]. Chi alla nascita rimane in contatto pelle a pelle con la madre (o, per sua impossibilità, con il padre) piange meno di chi viene separato, steso su un piano in piena luce, manipolato, aspirato, lavato e messo in culla [5-6]; l'adattamento cardiorespiratorio, termico e metabolico, è migliore anche in caso di lieve prematurità [7]; l'allattamento inizia prima, incontra meno ostacoli e dura più a lungo, a conferma che le modalità di assistenza delle prime ore hanno effetti e conseguenze misurabili a medio-lungo termine [8-11]. Il contatto intimo pelle a pelle può durare anche a lungo e costituire parte importante della assistenza neonatale anche ai pretermine secondo le modalità della "madre canguro", raccomandate anche dall'OMS [12]. Se madre e neonato ricevono adeguata selezione, supporto e controllo, non ci sono effetti negativi [2-4].

Dal 2000 ci siamo impegnati ad applicare le raccomandazioni stilate da numerosissime associazioni italiane impegnate nella personalizzazione e razionalizzazione dell'assistenza al parto e al neonato fisiologico [13]. Dal 2002 abbiamo iniziato poi il lungo ma affascinante percorso formativo, culturale e organizzativo promosso dall'OMS/UNICEF che ci ha permesso di conseguire nel 2007 il titolo di "Ospedale Amico del Bambino" [14]. Tra le ricadute positive di questo programma siamo stati incoraggiati anche a favorire il contatto pelle a pelle subito dopo il parto naturale, ogni volta che le condizioni cliniche del neonato lo permettevano e la madre lo gradiva: di fatto nella maggioranza dei casi e con la partecipazione empatica e attiva dei padri [15].

In seguito ci siamo chiesti se il contatto pelle a pelle fosse possibile anche in sala operatoria per le madri che devono partorire con taglio cesareo. È dimostrato da numerosi studi che la presenza del padre accanto alla compagna che partorisce per via naturale è un evento quasi sempre gradito e benefico per entrambi e di fatto

si tratta di evenienza oramai consolidata in molte sale parto [15-16]. Ci siamo chiesti, quindi, quale ruolo potesse avere il padre in caso di parto cesareo, durante il quale solitamente è escluso dalle sale operatorie per motivi pratici, medici, di sicurezza o semplicemente perché nessuno prende in considerazione questa ipotesi su cui, infatti, ci risultano solo pochissime e non recenti pubblicazioni in merito [17-20].

Tutte riportano esperienze positive dal punto di vista psicologico e relazionale per padri e madri, senza alcuna complicazione o problema di rilievo [19]. Già nel 1980 il National Institute of Health degli USA produsse infatti un documento in cui sosteneva che "gli ospedali devono essere incoraggiati a liberalizzare le loro politiche concernenti la possibilità che il padre sia presente in caso di parto cesareo" [17]. Ciò nonostante ci pare che questo suggerimento sia rimasto lettera morta.

Questo articolo riassume la nostra esperienza preliminare in questo non breve né scontato percorso culturale e organizzativo, che ha coinvolto in modo interdisciplinare e sempre più solidale e amichevole ostetrici, pediatri, anestesisti, ostetriche e infermieri cui va tutta la nostra stima anche per la disponibilità a cambiare e ridiscutere pratiche consolidate.

Scopi dello studio

- Valutare la fattibilità del contatto precoce pelle a pelle fra madre e neonato durante il taglio cesareo.
- Valutare fattibilità e gradimento della presenza del padre in sala operatoria durante il cesareo programmato.
- Verificare collateralmente se il contatto precoce pelle a pelle avviato in sala operatoria e/o proseguito in reparto favorisce il successo dell'allattamento al seno.

Metodi

L'ospedale di San Vito al Tagliamento (PN) è un ospedale di rete che assiste mediamente 700 parti all'anno e che per scelta precisa e salvo urgenze non esegue parti in caso di gravidanza ad altissimo rischio, di età gestazionale inferiore a 34 settimane e/o con peso alla nascita stima-

bile in meno di 2000 g, optando piuttosto in questi casi per il trasferimento della gravida a un centro di 3° livello.

Abbiamo valutato retrospettivamente le cartelle cliniche e infermieristiche di tutti i nati mediante taglio cesareo da gennaio 2007 a gennaio 2008. Abbiamo analizzato le seguenti informazioni: 1) modalità del TC (programmato o urgente), 2) tipo di anestesia (spinale o generale), 3) contatto pelle a pelle in sala operatoria (sì/no) e 4) in reparto (sì, se svolto per almeno un'ora), 5) durata complessiva del contatto pelle a pelle nelle prime ore dopo il parto, 6) tipo di allattamento durante tutto il ricovero secondo i criteri OMS/UNICEF (allattamento esclusivo: solo al seno e/o latte materno spremuto; allattamento predominante: latte materno e soluzione glucosata; allattamento complementare: latte materno e artificiale; allattamento artificiale).

Durante i 13 mesi dello studio abbiamo diffuso con sempre minor timidezza e anche durante i corsi di preparazione al parto l'informazione sulla possibilità di accedere alla sala operatoria, in caso di TC programmato, per i padri che ne facessero richiesta formale, firmando un consenso informato concordato con gli anestesisti e accettando tutte le condizioni da noi poste, tra cui un colloquio informativo e l'osservanza di tutte le indicazioni del personale di sala (tra cui, nel caso, quella di lasciare la sala operatoria in qualsiasi momento).

In questa prima fase sperimentale la selezione dei futuri padri fu affidata alla professionalità e sensibilità delle ostetriche, senza criteri predefiniti. Il padre viene fatto vestire e lavare in una stanza all'esterno della sala operatoria. A questa può accedere quando, completate tutte le fasi preliminari e anestesologiche, inizia l'intervento vero e proprio. Si colloca in posizione obliqua e vicina al capo della donna, e non ha quindi visione del campo operatorio che è nascosto da un telo a tenda; da qui non intralcia il lavoro della vicina équipe anestesologica. Alla nascita il neonato viene brevemente posizionato sul lettino riscaldato, viene asciugato, osservato e al caso aspirato. Se l'adattamento neonatale è buono entro pochi minuti (di solito cinque); viene avvolto in teli caldi e cuffia di

cotone e presentato alla madre. Questa, se lo desidera, può tenerlo in braccio mentre continua la fase terminale del cesareo. Può poi tenerlo con sé durante il trasferimento in Ostetricia, dove il bonding può continuare a tempo indeterminato e dove vengono incoraggiate le prime poppate al seno.

Il tutto avviene con la costante supervisione di medici e infermieri, senza alcuna forzatura e insistenza, con flessibilità e dando priorità ai desideri e alle sensazioni delle madri. Salvo evidenti problemi, le usuali manovre sul neonato (misurazioni, profilassi, bagnetto, visita medica dettagliata) vengono eseguite senza fretta e con priorità a bonding, allattamento, intimità familiare. Nei casi in cui il padre fosse stato presente in sala operatoria, abbiamo eseguito una intervista telefonica strutturata fra i 6 e i 18 mesi dopo la nascita per valutare il gradimento di tale esperienza e raccogliere eventuali suggerimenti o critiche.

Risultati

Nel periodo di studio indicato – gennaio 2007/ gennaio 2008 – i nati sono stati 760. Il 22% di questi da genitori stranieri. Il 23% dei parti (176) è avvenuto mediante TC: di questi 96 programmati (il 100% in anestesia spinale) e 80 urgenti (il 93% in anestesia spinale). Di questi 176 eventi solo 130 sono risultati valutabili a posteriori sulla base della presenza in cartella clinica di informazioni complete su bonding e/o presenza del padre. Il contatto pelle a pelle in sala operatoria tra madre e neonato, anche per pochi minuti, è stato eseguito in 84 casi, pari al 61% del totale e più precisamente in corso di 57 TC elettivi e di 27 TC urgenti. In ogni caso il contatto pelle a pelle è stato poi offerto a tutte le donne nel periodo successivo all'uscita dalla sala operatoria, in una stanza singola in compagnia del partner, sotto supervisione ostetrica e infermieristica. Il 75% delle donne ha potuto e accettato di usufruire di questa opportunità per almeno un'ora e nel 21% dei casi per un periodo superiore a tre ore (per i dettagli *figura 1*).

L'aver eseguito o meno un anche breve periodo di bonding in sala operatoria e/o nell'immediato post-parto è risultato cor-

FIGURA 1

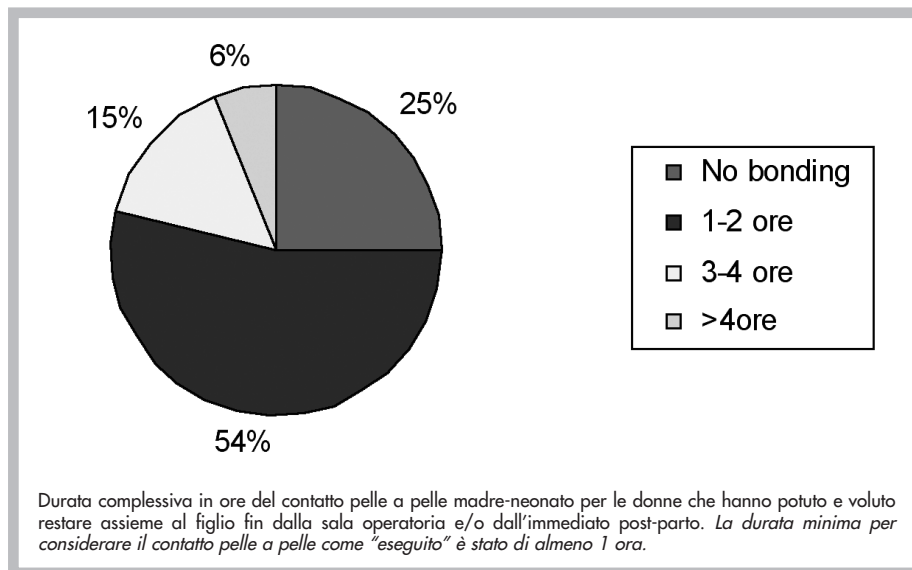
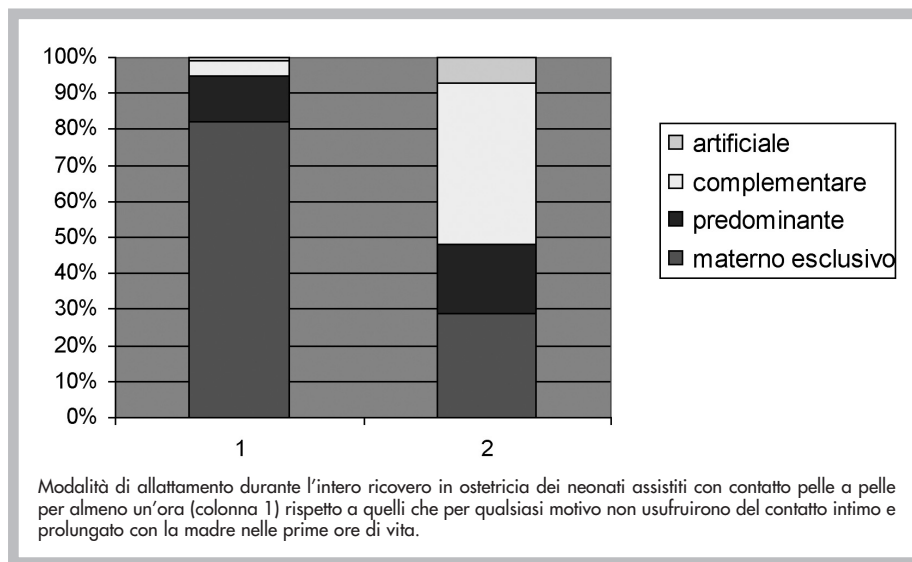


FIGURA 2



relato a una elevatissima frequenza (82%) di allattamento esclusivo al seno durante l'intero ricovero, che in caso di TC non complicato dura mediamente 5 giorni, rispetto a un ben più modesto 29% delle donne che per qualsiasi motivo o patologia materna e/o neonatale non hanno potuto o voluto il bonding.

Netta anche la differenza riguardo all'allattamento artificiale esclusivo che durante l'intero ricovero è stato solo dell'1% in caso di bonding condotto per più di un'ora, e del 7% nell'altro gruppo (*figura 2*). 15 padri (pari a circa un quin-

to dei TC programmati) hanno accettato di accedere alla sala operatoria con le condizioni riferite sopra. Due di essi erano appartenenti a professioni sanitarie, gli altri provenivano da vari ambiti professionali e livelli socioeconomici. Uno era straniero. In nessun caso si sono verificati problemi di alcun tipo in sala operatoria. Tutti i padri hanno accettato a posteriori di rispondere alla nostra intervista telefonica e hanno riferito di non aver provato disagio o difficoltà rilevanti durante la loro permanenza in sala operatoria. Tutti hanno detto di aver apprez-

zato la professionalità del personale dedicato ad accompagnarli e tutti hanno dichiarato che avrebbero rifatto volentieri l'esperienza. In un caso il contatto pelle a pelle è stato eseguito dal padre, date le condizioni cliniche della madre. Il padre ne ha riferito poi come di "un'esperienza bellissima, vissuta come un regalo". Tre padri su 15 avrebbero voluto avere informazioni preliminari più dettagliate.

Discussione

Ci risulta che il nostro sia il primo studio italiano, e tra i pochi al di fuori del nostro Paese, che supporta la fattibilità e il gradimento dell'ingresso del padre in sala operatoria, ovviamente su base volontaria e purché adeguatamente preparato e supportato. Si tratta di uno studio preliminare al quale vanno riconosciuti alcuni limiti: la scarsa numerosità della casistica, la non sistematicità dell'offerta di entrare in sala parto a tutti i padri e in particolare a quelli di origine extracomunitaria, che nel nostro ospedale sono ben il 22% del totale.

Pur tenendo conto della modestia dei numeri, non abbiamo però avuto problemi di sicurezza e nessun padre ha avuto i temuti "mancamenti" o altre crisi in sala operatoria. Dalle esperienze riferite nelle interviste ai padri che hanno potuto partecipare alla nascita del proprio figlio con TC si trae la convinzione che la vicinanza e la condivisione con la partner di un momento così intenso come la nascita sono state un'esperienza positiva e di grande impatto emotivo. Alcuni padri avrebbero desiderato informazioni preliminari maggiori. Questo significa prendere atto che il colloquio informativo con la coppia prima del cesareo non può essere inteso come un atto burocratico, ma va improntato ai metodi del counseling, con tempi sufficienti affinché possano emergere paure e domande: la decisione di entrare in sala operatoria deve essere consapevole e vissuta in fondo come un piacere, più che sentita come un "dovere". Comprensibilmente dubbi e perplessità, almeno iniziali, sono emersi invece tra i sanitari della sala operatoria, come avvenne del resto qualche decennio fa quando i primi padri misero piede

in sala parto. I timori si sono risolti gradualmente nel tempo, data la mancanza di problemi oggettivi e vista anche la possibilità di partecipare alla commozione davvero contagiosa di madre e padre quando possono condividere la nascita del figlio anche in una sala operatoria. Discussioni e sperimentazioni alla fine hanno motivato positivamente tutti, hanno incrementato la coesione del personale e indotto una cultura condivisa a favore dell'allattamento, dell'empowerment e della partecipazione anche emotiva dei genitori.

Lo studio preliminare conferma la fattibilità, il gradimento e gli effetti positivi del contatto precocissimo pelle a pelle nel favorire la qualità della relazione madre-padre-figlio. Sugeriamo che il contatto pelle a pelle possa essere condotto, con tutte le precauzioni del caso, anche in sala operatoria e poi continuare a lungo, se la donna gradisce farlo e non ci sono reali controindicazioni mediche.

Il contatto precoce pelle a pelle si associa, anche nelle donne sottoposte a taglio cesareo, a elevate percentuali di successo dell'allattamento materno durante il ricovero. Le differenze di allattamento riassunte nella *figura 2* sono evidenti anche se i due gruppi non sono confrontabili e non si prestano a valutazioni statistiche: nel sottogruppo in cui non fu mai possibile eseguire il bonding si concentra la maggioranza dei casi "patologici" per problemi di varia natura ed entità del neonato e/o della donna, per cui si è reso necessario separare per qualche ora o giorni la coppia madre-neonato. Ovviamente il successo o meno dell'allattamento dipende da svariate cause e non solo dalle prime ore di vita. Ciò nonostante le differenze da noi rilevate suggeriscono almeno una riflessione approfondita su come la separazione madre e bambino e/o l'impedimento al bonding anche breve sia un fattore rilevante nell'influenzare la relazione madre/figlio, e su come sia opportuno prevenirla, minimizzarla all'indispensabile e soprattutto non prevederla sistematicamente in base a "prassi di reparto".

La percentuale di parti cesarei in Italia è tra le più elevate al mondo e in alcune

regioni ha superato addirittura il 40% delle nascite. Ciò rappresenta a nostro avviso un problema serio e un indicatore di cattiva qualità globale dell'assistenza alle donne che va contrastato. La nostra proposta di favorire il bonding e aiutare i padri che lo desiderano a entrare in sala operatoria non vuole essere assolutamente un adeguamento opportunistico a un vero e proprio malcostume, ma una proposta mirata a garantire comunque (quando il cesareo è "inevitabile") una componente di umanizzazione e familizzazione in un momento così speciale della vita.

Conclusioni

Il nostro studio preliminare suggerisce che anche in sala operatoria, in caso di parto cesareo, è possibile prevedere, in casi adeguatamente selezionati e supportati, il contatto precoce pelle a pelle tra madre e neonato e la presenza del padre. ♦

Un ringraziamento particolare a tutte le ostetriche e le infermiere del Dipartimento Materno-Infantile di San Vito al Tagliamento e a Rosellina Cosentino e Leonardo Speri dell'UNICEF per l'incoraggiamento a questa iniziativa.

Gli Autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interessi.

Bibliografia

- [1] Klaus MH. Bonding: building the foundations of secure attachment and independence. Perseus, 1995.
- [2] Klaus MH, Kennel JH, De Pompei PM. Care of the mother, father and infant. In: Martin RM, Fanaroff AA. Neonatal Perinatal Medicine. Elsevier Mosby, 2006.
- [3] Brazelton TB. The earliest relationship. Addison Wesley, 1990.
- [4] Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin to skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3 Art CD003519. DOI 10.1002/14651858. CD003519.pub2.
- [5] Ferber SG, Makhoul IR. The effect of skin-to-skin contact (kangaroo care) shortly after birth on the neurobehavioral responses of the term newborn: a randomized controlled trial. Pediatrics 2004;113(4);25:858-5.

[6] Erlandsson K, Dsilna A, Fagerberg I. Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. *Birth* 2007;34(2):105-4.

[7] Bergman NJ, Linley LL, Fawcus SR. Randomized controlled trial of skin-to-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization. *Acta Paediatr* 2004;93(6):779-5.

[8] Mizuno K, Mizuno N, Shinohara T, et al. Mother-infant skin-to-skin contact after delivery result in early recognition of own mother's milk odour. *Acta Paediatr* 2004;93(12):1640-5.

[9] Bystrova K, Widstrom AM, Matthiesen AS, et al. Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of "the stress of being born". *Acta Paediatr* 2003;92(3):320-6.

[10] Moore ER, Anderson GC. Randomized controlled trial of very early mother-infant skin-to-skin contact and breastfeeding status. *J Midwifery Womens Health* 2007;52(2):116-25.

[11] Carfoot S, Williamson P, Dickson R. A randomized controlled trial in the north of England examining the effects of skin-to-skin care on breast feeding. *Midwifery* 2005;21(1):71-9.

[12] Kangaroo mother care: a practical guide. Geneva, WHO 2003. www.who.int/reproductivehealth/publications/kmc/text.pdf.

[13] A cura delle Società Italiane di Neonatologia, Pediatria, Medicina Perinatale, Ostetricia etc. Raccomandazioni per l'assistenza alla madre in puerperio e al neonato. *Medico e Bambino* 2000;19(1):35-3.

[14] Ospedali amici dei bambini. www.unicef.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/216.

[15] Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for woman during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art n°: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub2.

[16] Parke RD. *Fatherhood*. Harvard University Press 1996.

[17] National Institutes of Health. Consensus Development Task Force: Statement on caesarean birth. *Am J Obstet Gynecol* 1981;139:902.

[18] Cain RL, Pedersen FA, Zaslow MJ. Effects of the fathers presence or absence during a cesarean delivery. *Birth* 1984;11(1):10-5.

[19] Sakala EP, Henry RA. Fathers in the cesarean section room and maternal/neonatal outcomes. *J Perinatol* 1988; 8(4):342-6.

[20] Chan KK, Paterson-Brown S. How do fathers feel after accompanying their partners in labour and delivery. *J Obstet Gynecol* 2002;22(1):11-5.

PRIMO WORKSHOP WONCA ITALIA

Roma, 6-7 marzo 2009 (sede da definire)

L'ASSISTENZA ALLA FAMIGLIA

IL RAPPORTO FRA PEDIATRA DI FAMIGLIA E MEDICO DI MEDICINA GENERALE: DISCONTINUITÀ, CONTIGUITÀ O PROGETTO CONDIVISO?

Venerdì 6 marzo

LA SITUAZIONE ATTUALE: CARATTERISTICHE E PROBLEMI (R. Satolli)

11,30-12,00 Il contesto normativo: realtà italiana e regionalizzazione del Servizio Sanitario (F. Palumbo)

L'area delle cure primarie e il ruolo del distretto: indagine ACP sulle diverse realtà regionali (A. Brunelli)

12,00-12,45 *Discussione*

14,00-16,00 L'assistenza alla famiglia; i cicli vitali come occasione di incontro tra professionisti: nasce una nuova famiglia, il primo bimbo, la gravidanza, l'adolescente, i nonni, i conflitti tra genitori, la separazione, la malattia grave e/o cronica del bambino o del genitore: una gestione del "durante", la cartella clinica del Pediatra di famiglia e del Medico di medicina generale (M. Gangemi, E. Mola, F. Del Zotti)

16,00-16,45 *Discussione*

17,00-17,30 Che cosa succede negli altri Paesi?
I risultati di un'inchiesta (F. Carelli)

17,30-18,30 *Discussione*

Sabato 7 marzo

ESPERIENZE DI COLLABORAZIONE FRA PEDIATRIA DI FAMIGLIA E MEDICINA GENERALE (E. Mola)

9,00-10,30 Le pratiche associative "miste" (R. Riundi, P. Elli)

Quali informazioni dal Pediatra di famiglia al Medico di medicina generale? (G. Passerini)

La cartella informatica on-line per la gestione delle patologie croniche in età pediatrica: il progetto BIPP (Bambini di Impegno Professionale Particolare)-ApeG (A. Uliana). Progetto "Genitori più" (L. Speri)

10,30-11,00 *Discussione*

IDEE E PROGETTI PER IL FUTURO (G. Visentin)

11,15-12,30 L'integrazione fra Pediatria di libera scelta e Medicina generale: progetti di riorganizzazione delle cure primarie, proposte per le future Convenzioni (F. Rossi)

Modelli di trasmissione delle informazioni: l'uso dei software gestionali delle cartelle cliniche nella comunicazione fra Pediatra di famiglia e Medico di medicina generale (rappresentante FIMESAN)

Quali competenze pediatriche nella formazione specifica in MG? (S. Alice).

La formazione su aree di confine fra Pediatria di libera scelta e Medicina generale (comunicazione-relazione, promozione della salute, adolescenza, sessualità, vaccinazioni) (G. Tritto)

La ricerca collaborativa fra Pediatria di famiglia e Medicina generale: alcune proposte (V. Caimi)

12,30-13,00 *Discussione e presentazione di un documento di consenso di WONCA Italia*

Segreteria Scientifica coordinata da: V. Caimi (CSeRMEG), E. Mola (ASSIMEFAC), P. Elli (ACP)
Segreteria Organizzativa: G. Greco (ASSIMEFAC), G. Di Dio (AIMEF),
R. Della Vedova (CSeRMEG), F. Zanetto (ACP)