

L'USO RAZIONALE DEI CORTICOSTEROIDI INALATORI: IL CASO ITALIA

Il monitoraggio della prescrizione pediatrica rappresenta uno dei possibili indicatori della qualità delle cure e, nello specifico, del grado di razionalità della terapia farmacologica. I dati di prescrizione riportati nella banca dati ARNO¹, che fanno riferimento a 24 ASL e a una popolazione di 982.035 bambini <14 anni nel corso del 2003, rappresentano una novità nel panorama nazionale e internazionale per la numerosità dei dati di prescrizione che sono stati monitorati e per l'interesse che ne deriva come indicatore di una buona pratica medica. Uno dei punti critici che sono emersi dai risultati della sorveglianza riguarda il dato di prescrizione dei corticosteroidi inalatori (CI) che, nella classificazione ATC, appartengono alla classe degli antiasmatici. A 244.895 bambini (25% degli assistibili, 1 bambino su 4) è stato prescritto un farmaco antiasmatico e, in base al sottogruppo chimico/terapeutico della classificazione ATC, all'86% dei bambini trattati con questa classe di farmaci è stato prescritto un CI (59% del totale dei pezzi). A 78.481 bambini (29% degli assistiti) è stato prescritto il beclometasone come unico farmaco (che risulta essere il 4° farmaco più prescritto); al 13% degli assistiti è stata prescritta l'associazione tra beclometasone e salbutamolo. La stratificazione per fasce di età evidenzia che nei bambini <1 anno di età più di 1/3 ha ricevuto almeno una prescrizione di un CI.

La prescrizione dei CI è indicatore del problema dell'asma in età pediatrica?

La risposta è no. E questo per diverse ragioni. Un bambino su 4 ha ricevuto almeno una prescrizione di antiasmatici, di cui oltre la metà di CI. L'uso dei CI è evidente che non può rispondere a un utilizzo per la "cura" dell'asma, visto anche il largo utilizzo che viene fatto nei bambini al di sotto dell'anno di vita. Allora, come possiamo interpretare il largo consumo dei CI? È noto, dall'esperienza pratica corrente e da precedenti sorveglianze², che in Italia i CI (e, anche se molto meno, i β_2 -agonisti) sono utilizzati per il trattamento di patologie che nulla hanno a che fare con l'asma. Ci riferiamo al trattamento delle infezioni acute delle vie respiratorie, per la cura dei sintomi: rinite, tosse (secca o catarrale). La domanda successiva è se l'uso dei CI (e dei β_2 -agonisti) sia in grado di migliorare questa sintomatologia. La risposta è no e ha un alto livello di evidenza basato sui risultati di RCT^{3,4}. Ci possiamo chiedere perché l'Italia si caratterizza per un uso improprio dei CI. Difficile dirlo in assenza di studi ad hoc che hanno valutato che cosa c'è dietro al momento prescrittivo in queste specifiche situazioni. Si può desumere che in molti casi la prescrizione è consapevole della non efficacia dell'intervento e diventa una sorta di "placebo" impuro che potrebbe avere altre soluzioni meno diseducative e più economiche. Ma questa "cattiva abitudine" italiana, che non si è modificata nel tempo, ha come ricaduta negativa il processo dell'autoprescrizione da parte dei genitori, meno consapevole (attesa di cura) e pertanto meno motivata e non esente da rischi. A riguardo è importante sottolineare che l'Italia è l'unico Paese che ha "licenziato" le sospensioni per nebulizzazione di beclometasone e flunisolide per un uso nel trattamento della rinite e delle malattie infiam-

matorie rino-faringee, in assenza di dati di efficacia. Nella patologia delle alte vie respiratorie l'unica indicazione documentatamente efficace dei CI riguarda il trattamento della laringite acuta (croup)⁵.

Il profilo prescrittivo dei CI, nei casi in cui sono utilizzati per la cura dell'asma, è adeguato?

I dati riportati nel progetto ARNO non possono rispondere in modo esauriente a questa domanda. Tante sono le variabili che bisognerebbe considerare (età, storia del paziente, condizione atopica, gravità, ambito relazionale, conoscenza della patologia). Tuttavia il profilo prescrittivo è generatore di ipotesi e di eventuali successive verifiche, orientate a rispondere a specifici obiettivi di monitoraggio. Quello che sarebbe interessante sapere, ad esempio, è se la prescrizione degli antiasmatici, in particolare nella fascia di età dell'asma non infettivo del bambino sopra i 6 anni di età, corrisponde a un reale bisogno clinico. Una stima della prevalenza della patologia in questa fascia di età ci porterebbe a dire che circa il 5% dei bambini presenta una sintomatologia asmatica, e di questi appena uno su 4 ha un asma persistente che richiede una terapia antinfiammatoria di fondo con CI di medio-lungo periodo. Le stime di prevalenza riportate nel progetto ARNO sembrano indicare che le percentuali di utilizzo di "farmaci di fondo" (e in particolare dei CI) per la terapia dell'asma siano maggiori dell'atteso. È presumibile che, dietro la prescrizione di fondo dei CI, in alcuni casi di asma vi sia un determinato e controverso quesito clinico: possono i CI, se iniziati nei primi anni di vita, modificare la storia naturale dell'asma bronchiale? Un quesito che, in attesa di risposte definitive, ha visto in questi anni medici, genitori (e bambini) impegnati a inseguire un mito (riportato anche in alcune linee guida), senza a volte tenere bene in mente a quali bambini veniva proposta (transient early wheezing o atopic wheezing/asthma)⁶. Su questo numero della rivista (pag. 656) Daniele Radzik riporta i risultati dei tre studi che hanno risposto a questo specifico quesito. I risultati possiamo considerarli come definitivi e sono così riassumibili: a) l'infiammazione cronica e il remodelling, che giocano un ruolo importante nel determinare le alterazioni strutturali irreversibili delle vie aeree nel bambino con asma bronchiale, sono già presenti nei primi anni di scuola, ma non sono prevenibili dal trattamento con CI, anche quando questo viene iniziato molto precocemente e mantenuto per tempi molto lunghi; b) il trattamento regolare con CI permette solo di mantenere i sintomi dell'asma sotto controllo fino a che viene somministrato, ma i benefici rapidamente scompaiono al momento della sua sospensione; c) trattamenti prolungati con CI, fatti con l'obiettivo preventivo, dovrebbero pertanto essere evitati sia nel bambino nell'età del "viral wheezing" ricorrente che nelle età successive⁷, anche alla luce dei potenziali effetti negativi collegati con questi trattamenti.

La prescrizione dei CI è priva di rischi?

Riassumendo, i CI hanno un ruolo determinante nel controllare la sintomatologia asmatica nei pazienti che ne hanno effettivo bisogno, ma non modificano la storia naturale della patologia. Non sono utili nella patologia infettiva delle alte vie respiratorie, fatta eccezione per il trattamento di una condizione acuta come il croup virale, e sono marginalmente utili,

Editoriali

soltanto a dosi molto elevate, nel trattamento delle crisi acute di asma.

I benefici sono quindi definiti, ma quali sono i rischi? Trattamenti prolungati nel tempo determinano un significativo rallentamento della crescita. Un effetto secondario, peraltro reversibile e che quindi, nei casi di uso razionale dei CI, è da tenere in conto ma che non ne limita l'uso. Ma che neanche si pone, con un utilizzo rivolto al controllo dell'asma e quindi per tempi relativamente brevi (mesi) e sino a quando vi è l'effettiva necessità⁸ e ai dosaggi consigliati (< 200 mcg/die)⁹, ampiamente al di sotto della soglia del rischio. Al contrario vi è un rischio sempre più documentato di soppressione surrenalica (a volte grave) nei casi in cui i CI sono utilizzati ad alte dosi (500 mcg/die di fluticasone o equivalenti di altro CI)¹⁰.

Per un uso razionale dei CI in Italia

Sappiamo che molti pediatri sono consapevoli di questa "anomalia" italiana che riguarda l'uso eccessivo della terapia aerosolica con CI in presenza di qualsiasi infezione respiratoria. Sappiamo anche che molti pediatri si sono attivati, in accordo a volte con le ASL, per raggiungere obiettivi di razionalità prescrittiva che riguardano questa classe di farmaci. Pur plaudento alle iniziative che sono nate, ci chiediamo se davvero questi debbano essere obiettivi "incentivati" di risultato, in quanto sono semplicemente indicatori di una "buona pratica medica". Ma ancora di più ci chiediamo se si possa arrivare a progettare una serie di interventi che siano anche l'occasione per produrre conoscenza. Solo alcuni esempi: a) valutazione dei motivi che stanno dietro alla prescrizione di farmaci antiasmatici per situazioni cliniche completamente diverse dall'asma (infezioni respiratorie); b) individuazione delle aree di criticità che riguardano la gestione dei veri pazienti con asma (andando oltre la prescrizione farmacologica), rispetto alla severità della patologia, al contesto assistenziale, alla uniformità di giudizio e di assistenza che esiste tra pediatri di famiglia e specialista nelle diverse realtà territoriali; c) stesura di una linea guida (coinvolgente diverse società scientifiche) che definisca il profilo razionale della prescrizione dei CI, nel contesto clinico specifico italiano.

Federico Marchetti, Giorgio Longo

Bibliografia

1. Gruppo di lavoro ARNO-Pediatria 2003. Progetto ARNO. Bambini e farmaci. Il profilo prescrittivo della popolazione pediatrica italiana nelle cure primarie. *Ricerca & Pratica* 2004;120:221-94.
2. Cazzato T, Pandolfini C, Campi R, Bonati M; ACP Puglia-Basilicata Working Group. Drug prescribing in out-patient children in Southern Italy. *Eur J Clin Pharmacol* 2001;57(8):611-6.
3. Tomerak AA, McGlashan JJ, Vyas HH, McKean MC. Inhaled corticosteroids for non-specific chronic cough in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;CD004231.
4. Tomerak AA, Vyas H, Lakenpaul M, McGlashan JJ, McKean M. Inhaled beta2-agonists for treating non-specific chronic cough in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(3):CD005373.
5. Russell K, Wiebe N, Saenz A, et al. Glucocorticoids for croup. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;CD001955.
6. Longo G. Il "fischio" dalla nascita in poi. *Medico e Bambino* 2003;22(6):363-8.
7. The Childhood Asthma Management Program Research Group. Long-

term effects of budesonide or nedocromil in children with asthma. *N Engl J Med* 2000;343(15):1054-63.

8. Berti I, Longo G, Visintin S. Treatment of mild asthma. *N Engl J Med* 2005;353(4):424-7.

9. Powell H, Gibson PG. High dose versus low dose inhaled corticosteroid as initial starting dose for asthma in adults and children. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(2):CD004109.

10. Russell G. Very high dose inhaled corticosteroids: panacea or poison? *Arch Dis Child* 2006;91:802-4.

8 PASSI DELL'ACP PER UN CAMMINO CONDIVISO

Nel mese di settembre l'ACP ha organizzato a Roma, presso la Sala Cenacolo della Camera, una giornata di lavoro sulle vaccinazioni per riprendere il confronto con tutti i soggetti coinvolti in un'analogha iniziativa nel 2003. Il documento offerto alla discussione comune - "8 passi di prevenzione a tutela della salute dei bambini" (vedi documento pubblicato a pag. 643) - è stato commentato da: Ministero, Istituto Superiore di Sanità, Regioni, Società scientifiche (di Pediatria e di Medicina preventiva), Sindacati della pediatria di libera scelta, pediatri di comunità, ASL, medici della prevenzione, associazioni di cittadini e UNICEF.

Partendo dalla descrizione degli strumenti e dei metodi della prevenzione con le vaccinazioni nel contesto internazionale ed europeo, il documento analizza le criticità nazionali nella gestione e nell'attuazione di questo intervento medico. I vaccini sono strumenti potenti che agiscono sulla salute di tutta la popolazione: strategie sbagliate o carenze nel coordinamento e nel controllo dei risultati possono annullarne l'effetto (come per l'antipneumococcica) o provocare effetti paradossi (come per morbillo, rosolia, varicella). Perciò si rendono necessari strumenti e metodi rigorosi, peraltro sempre più sofisticati e specialistici. Il "governo" di azioni tanto complesse viene inoltre amplificato dalle trasformazioni strutturali in atto nel nostro Paese, come il federalismo regionale.

In questi ultimi anni hanno visto la luce alcuni progetti significativi, come il Piano per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita europeo¹ e nazionale (nel 2003), il Piano Nazionale Vaccini (nel 2005) e il Piano Nazionale della Prevenzione², e sono state istituite l'Agenzia nazionale (CCM nel 2004)³ ed europea (ECDC nel 2005)⁴ per la prevenzione e il controllo delle malattie. I risultati visti finora sono per alcuni versi positivi, come il miglioramento degli aspetti organizzativi messo in moto dal Piano morbillo-rosolia e il coordinamento più efficace delle azioni sotto la guida del CCM. Anche i primi passi dell'Agenzia europea sembrano di buon auspicio. Ma la disomogeneità tra le Regioni è rimasta forte e il Piano Nazionale Vaccini (PNV) ha acuito alcune delle problematiche già presenti. Gli esempi più vistosi sono le scelte diverse delle Regioni - consentite dal PNV - riguardo alle strategie vaccinali, che richiederebbero invece la massima uniformità e la recente comparsa di piccoli focolai di morbillo⁵ dopo la grave epidemia del 2002-2003, che mette in luce un'organizzazione ancora imperfetta. E certo non aiuta a far chiarezza la diffusione attraverso i mezzi di comunicazione, di informazioni imprecise, non basate sulle evidenze e addirittura in contrasto con le indicazioni ufficiali. Mentre i pediatri continuano a non disporre - se non in poche realtà - delle

informazioni indispensabili per consentire alle famiglie una scelta realmente informata: i dati locali, regionali e nazionali riguardo all'epidemiologia delle malattie e alle reazioni avverse ai vaccini. Mancano tuttora le valutazioni di impatto nazionali per l'introduzione dei nuovi vaccini, e la "macchina" della sorveglianza degli effetti prodotti dalle nuove strategie - attuate qua e là - stenta a mettersi in moto. Risulta evidente che l'urgenza più forte è la definizione di criteri di scelta e di metodi per interventi omogenei in tutto il Paese, insieme al rafforzamento dell'organizzazione nelle aree più deboli e una maggiore visibilità del ruolo di "autorità" delle Agenzie nazionali di valutazione.

Gli 8 passi essenziali che l'ACP ha proposto di fare insieme alle Istituzioni, agli altri operatori sanitari e ai cittadini per costruire un miglioramento, riguardano: l'informazione alle famiglie e la loro scelta consapevole, la formazione dei pediatri, la comunicazione tra i pediatri e gli "uffici" di sorveglianza delle malattie infettive, i luoghi e i modi del coordinamento e dell'attuazione dei piani di prevenzione regolati da norme di legge e rigorosi criteri di metodo, la ricerca e infine i costi.

La giornata di lavoro del 19 settembre è stata assai positiva, il confronto particolarmente attento e approfondito. L'analisi e le proposte dell'ACP hanno incontrato un ampio consenso; la discussione ha toccato tutti i punti chiave (gli 8 passi) illustrati nel documento e ha offerto ulteriori contributi alla riflessione, anche per l'ampio ventaglio dei ruoli e delle esigenze rappresentate dai relatori. Dal potenziale "conflitto" tra il diritto del singolo e della comunità agli aspetti etici delle scelte di prevenzione, alle eclatanti differenze ancora presenti tra il Nord e il Sud del Paese, fino al problema - tutt'altro che semplice - del rapporto tra le esigenze del mercato e quelle del governo delle azioni di sanità pubblica.

Il prossimo passo dell'ACP sarà quello di ampliare i contenuti del documento con le osservazioni raccolte durante la giornata e restituirlo a tutti i presenti, nella speranza di proseguire un cammino condiviso. Un cammino che ci auguriamo non rimanga un elenco di intenti dichiarati ma si concretizzi in azioni coerenti. Per proseguire in questo cammino condiviso ci auguriamo di poter stimolare attraverso *Medico e Bambino*, rivista letta e apprezzata da una vasta platea pediatrica, un dibattito sereno e costruttivo che porti a discutere dei problemi e non delle posizioni!

Luisella Grandori, Responsabile vaccinazioni ACP
Michele Gangemi, Presidente ACP

Bibliografia di riferimento

1. WHO Europe. Eliminazione del morbillo e prevenzione della rosolia congenita; http://www.euro.who.int/vaccine/20030808_4.
2. Intesa tra il Ministero della Salute e i Presidenti delle Regioni e delle Province autonome concernente il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 del 23 marzo 2005. www.ministerosalute.it/ccm/documenti/piano_nazionale_della_prevenzione_2005-2007.pdf.
3. Centro per il Controllo delle Malattie (CCM); <http://www.ministerosalute.it/ccm/ccm.jsp>.
4. European Centre for Disease Control (ECDC); <http://www.ecdc.eu.int/>
5. Epicentro; <http://www.epicentro.iss.it/focus/morbillo/morbillo.asp>.

BUON NATALE

Siamo arrivati di nuovo alla fine di un anno.

Annus horribilis? Mi pare di sì, ma forse le cose diventano più o meno orribili soltanto dentro di noi.

Palestina, Iraq, Iran, per 10.000 anni hanno esportato civiltà cotta a fuoco lento; adesso importano democrazia contraffatta, in cambio di petrolio e di violenza incandescenti, *oil for blood*. Iran, Corea e Giappone dichiarano il loro diritto alla BOMBA; gli Stati Uniti il loro diritto al controllo sullo spessore dei sette cieli (dallo strato dei gas di scarico fino alla volta stellare), e sullo *jus* di concimazione e potatura dell'albero del bene e del male; la Russia sta a casa propria e si accontenta del controllo sulla stampa, sulla vita della giornalista Politovskaja, sulle elezioni, sulla Cecenia, sull'atomica coreana, e sul gas ucraino.

La Cina e l'India segnalano il loro diritto al posto al sole, e anche a un posticino, possibilmente neanche tanto piccolo, un cantuccio anche loro, per i loro gas di scarico, che d'altronde stanno già togliendo il sole a tutta la terra. La Turchia esige l'oblio per gli armeni e per i curdi, e ancora un poco di pena di morte, almeno qualcuna prima di entrare in Europa, per togliersi il gusto almeno un'ultima volta.

Si ritorna a praticare la caccia alla balena, trascurando le leggi protettive e chiedendone l'abolizione.

I precari dichiarano il loro diritto al posto di lavoro stabile, la Campania il diritto a esportare i rifiuti in terre lontane, i ricercatori il diritto alla ricerca, gli evasori il diritto a evadere, i miserabili il diritto al loro pugno di riso, Saddam il diritto alla vita, i ministri alla loro visibilità (la Melandri vieta la linea snella alle indossatrici e Fioroni i compiti a casa agli sgobboni), i parlamentari il diritto alla sniffatina, e a fare un po' di casino in aula (e che i senatori di diritto non si permettano di votare), gli scolari chiedono anche loro di partecipare al diritto al casino in aula, e a un poco di violenza filmata a scuola (e guai se gli handicappati o le tredicenni protestano), e alla droghetta fuori scuola.

Forse è andata sempre così, e forse anche peggio. Ma forse non ce ne accorgeva tanto; non c'erano i giornali né la televisione a ripeterlo tutti i giorni, a farci sentire parte di un mondo che non ci piace, e a costringerci a scivolare nello sconforto, *palam et paulatim*, apertamente e poco a poco, come la morte che si avvicina, inesorabile, e alla fine liberatrice. Cosicché a Natale non si ha più nemmeno il coraggio di dire Buon Natale, perché a furia di dai, non ci crede più nessuno. È un Natale amaro, e Dio sa se non lo vorrei più dolce. E di tutto quello che ho detto lo rende più amaro, per noi pediatri, il veleno finale, quello che ho nominato in cauda.

Sto ri-parlando della violenza nella scuola, sulla quale scherzavo qualche riga fa, e sulla quale mi è passata la voglia di scherzare e di farvi gli auguri.

Certo è banale ri-parlare di quello di cui hanno parlato e ri-parlato tutti i giornali, e tutte le televisioni. Ed è impossibile parlarne con parole che non siano già state dette e ri-dette. Ma mi sembra anche impossibile che una rivista di pediatria faccia come se niente fosse, e continui a parlare di tonsillite, senza nemmeno fare un minuto di raccoglimento su questo segno di morte della civiltà. Il bullismo a scuola c'è sempre stato, ma anch'io ho fatto la scuola, e non mi ricordo niente che a questo bullismo nemmeno somigliasse. Se c'era, e devo presumere

Editoriali

che ci fosse, era nascosto, impercettibile agli stessi compagni di classe. O meglio, no. Mi ricordo che, conformista come sempre, ho detto "porco ebreo" a un compagno ebreo, che mi aveva fatto un dispetto, ma un altro compagno ebreo mi ha subito, quasi affettuosamente, spiegato che un conto è dire porco, e un altro è dire porco ebreo. L'ho capito bene e non ho fatto mai più, credo, niente di simile.

Se io avevo commesso quella ignobilità era stato, certo, per miserabile conformismo. Sempre, e massimamente finché siamo piccoli, tendiamo a ripetere i modelli che ci vengono forniti, a rispecchiare, nei nostri neuroni specchio, il mondo che ci circonda, al massimo, scegliendo, in quel mondo, i nostri modelli. Ma la libertà di scelta è anche funzione dell'offerta, e credo di dover dire che in quell'epoca fascista, le possibilità di scelta, della scelta a cui conformarsi, erano molto più larghe, e buone, per un ragazzo, di quanto non siano oggi.

La costruzione delle generazioni future è inevitabilmente una responsabilità delle generazioni presenti. In questo compito, il ruolo del genitore, dell'insegnante, della televisione di stato sembrano fondamentali, così come sembrano anche fallimentari.

Il ruolo del pediatra, il ruolo reale, possibile, è invece tutto meno che chiaro, almeno per i pediatri. C'è chi pensa e dice che il ruolo del pediatra sia quello di curare bene la polmoni-

te. Se le cose stessero così, si tratterebbe di un ruolo che è ormai svuotato, anche per l'Africa. C'è invece qualcuno che scrive, la *International Pediatric Academy*, che il pediatra deve salvare il mondo (raccomando di ri-leggere, con raccolta attenzione, su *Medico e Bambino* di settembre, pag. 458, Cartoline dal mondo, la lista dei nuovi compiti del nuovo pediatra). Se le cose stessero così, dovremmo dire che il pediatra non si è mai preparato ad esserne all'altezza, e che probabilmente non ne ha nemmeno l'opportunità.

Il buon senso vorrebbe che il pediatra reale trovi una collocazione realistica, a metà tra i due ruoli, il veterinario e l'angelo di salvezza, magari anche molto più vicina al primo che al secondo, ma non così cieca nei riguardi di quest'ultimo. La sua collocazione naturale, parlo al pediatra di famiglia, ma intendendo invece rivolgermi a tutti i pediatri "di ogni ordine e grado", è quella di aiuto, al bambino, alla famiglia, alla scuola, e anche alla società, come cittadino informato e impegnato. Questo ruolo, con una cultura adeguata, da rinnovare, il pediatra, qualunque pediatra, lo può svolgere.

Ecco, ho trovato un finale accettabile. Un compito.

Buon Natale, dunque, anche quest'anno, con l'augurio di essere all'altezza del difficile presente e dell'ignoto futuro.

Franco Panizon

CASI INDIMENTICABILI IN PEDIATRIA AMBULATORIALE

Vicenza, Vergilius Hotel, venerdì 9 febbraio 2007

- 9.00 Prima sessione** (8 casi)
moderatori: A. Ventura, L. Zancan
- 11.00 Coffee break**
- 11.30 Seconda sessione** (8 casi)
moderatori: G. Longo, G. Maggiore
- 13.00 Colazione di lavoro**
- 14.30 Terza sessione** (8 casi)
moderatori: M. Rabusin, F. Marchetti
- 16.30 Coffee break**

COMITATO SCIENTIFICO

Isabella Giuseppin, Giorgio Longo, Alessandro Ventura
Istituto per l'Infanzia, IRCCS "Burlo Garofolo"
Via dell'Istria 65/1 - 34137 Trieste
Tel. 040 3785361 Fax 040 3785362
e-mail: isabella.giuseppin@libero.it
Fabrizio Fusco, Daniela Sambugaro ARP Vicenza
e-mail: fuscocosam1@tin.it

- 17.00 I casi ambulatoriali visti dagli specialisti**
moderatori: F. Fusco, D. Sambugaro
- di Reumatologia (L. Lepore)
- di Epatologia 1 (G. Maggiore)
- di Epatologia 2 (L. Zancan)
- di Pronto Soccorso (A. Lambertini)
- di Dermatologia Pediatrica (I. Berti)
- 18.30 Verifica di apprendimento** (test di valutazione)
- 19.30 Fine dei lavori**

SEGRETARIA ORGANIZZATIVA

 **Quickline** Traduzioni&Congressi
via S. Caterina da Siena n. 3, 34122 Trieste
Tel. 040 773737 - 040 363586
Fax 040 7606590 - cell 335 7773507
e-mail: casi@quickline.it
<http://www.quickline.it>



PER IL CONGRESSO SONO STATI ASSEGNATI 6 CREDITI FORMATIVI (ECM)