

I comportamenti inutili e dannosi

Parte I

GIORGIO LONGO, ALESSANDRO VENTURA

Clinica Pediatrica, IRCCS Ospedale "Burlo Garofolo", Trieste

Questo contributo (la prima di due parti) è la registrazione (arrangiata) di una vivace sessione del penultimo "Confronti in Pediatria" (gli errori dei pediatri e degli specialisti), tenuto a Trieste il 5 e 6 dicembre 1997. Malgrado il tempo relativamente breve intercorso, alcuni degli argomenti trattati hanno perso un po' del loro smalto: il che vuol dire che le cose si muovono, cambiano, invecchiano, si rinnovano con rapidità. E tuttavia molti luoghi comuni dimostratamente sbagliati rimangono, a dispetto dell'evoluzione delle conoscenze.

Le cose che diremo, e che in buona parte ci vengono dalle Vostre stesse segnalazioni, non hanno forse una grande originalità. La maggior parte degli errori, delle abitudini inutili (e dannose?) che esporremo, sono note a tutti; tuttavia continuano a essere reali; a essere errori veri, che si fanno e si continuano a fare, ai quali a volte è difficile sottrarsi perché quasi vengono richieste dai genitori, e se non dai genitori, da una prassi così diffusa da essere diventata quasi legge. Anzi, quando saremo arrivati alla fine della lista, forse ci accorgeremo di quanta parte della nostra medicina sia fatta di inutilità, di conformismo, di errori più o meno inutili, più o meno dannosi; spogliati dai quali la medicina, una medicina basata sull'evidenza, si ridurrebbe a uno scheletro quasi impressionante da quanto austero e spolpato.

Pediatria spicciola

Di questi errori e inutilità ne riconoscerete molti per la strada. Il più classico, che anche voi ci avete segnalato e segnalato, è quello del TAS, uno degli esami più richiesti e abusati da una generazione di pediatri, una generazione non del tutto esaurita, un esame che è stato certamente molto più pernicioso che inutile, oltre che assolutamente non professionale.

Il TAS probabilmente non dovrebbe essere chiesto mai; non ha indicazioni: l'unica, o quasi, quella del reumatismo,

per avere la certezza che sia veramente post-streptococcico e che non sia invece una "artrite reattiva" o "post-infettiva" di altra eziologia, condizione, oggi, certamente più comune.

Già più di 25 anni fa, il dottor Dann (*Figura 1*) dimostrava che la sterilizzazione della cute prima dell'iniezione o del prelievo era una pratica inutile. Inutile a priori, perché la passata col batuffolo dell'alcol non sterilizza; inutile a posteriori, perché le complicanze da iniezione sono uguali sia che si sterilizzi sia che non si sterilizzi, cioè zero. In un ospedale dove, coraggiosamente, era stata data la regola di non sterilizzare, a parte l'evidenza che questa regola non produceva suppurazioni, si è però rilevato che non più del 30% degli operatori seguiva questa regola "rivoluzionaria": gli altri non sapevano o non potevano sfuggire al riflesso condizionato di "sterilizzare". Il che dimostra che, per rompere con le abitudini, ci vuole qualcosa di più del semplice sapere, e anche della semplice direttiva da parte della direzione sanitaria.

Noi per nostro conto, nella pratica della iposensibilizzazione, non sterilizziamo più, per coerenza con noi stessi; e non succede proprio niente.

Questo bambino (*Figura 2*) prendeva cisapride per un'ALTE attribuita a reflusso, e più ne prendeva più aveva crisi di pallore: il suo ECG dimostra un blocco atrio-ventricolare. L'effetto della cisapride sulla ripolarizzazione cardiaca è

ormai ben noto. Non si tratta di un effetto occasionale, imprevedibile, ma piuttosto di un effetto dose-dipendente, accentuato dall'età, dalla ex-prematurità, dall'assunzione contemporanea di sostanze attive sul citocromo P 450.

La letteratura è ormai ricca di osservazioni (che evidenziano solo la punta dell'iceberg del fenomeno). Un fenome-

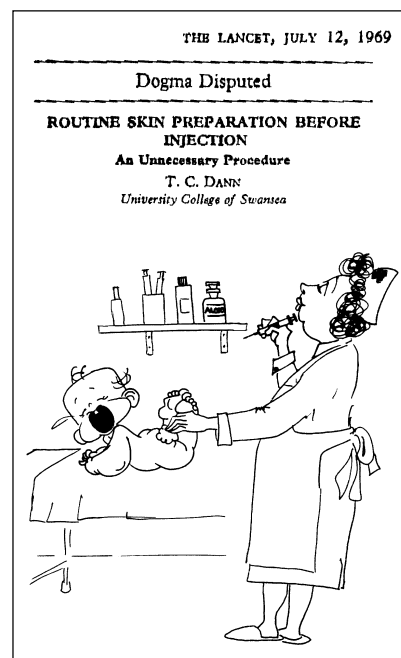


Figura 1

no di una pericolosità molto lontana, ma che tuttavia giustifica una maggiore prudenza d'uso, e una limitazione del farmaco ai casi in cui l'indicazione è chiara.

La prevenzione ambientale nei riguardi dell'acaro è cosa giusta e utile; ma è certamente un errore fare tutte le cose comunemente consigliate, dal cambio di appartamento alle pratiche di pulizia domestica, all'eliminazione delle tende, dei libri, dei tappeti, dei peluches, dei divani, delle poltrone, tutte cose che costano tempo, fatica, dedizione, ansia, e trascurare di fare l'unica la cui utilità sia stata dimostrata dai fatti: un buon coprimaterasso abbatte di 300 volte il titolo di allergene nell'ambiente.

Nessuno di noi sa se davvero curare il mugghetto in un lattante immunocompetente ha senso. Non sappiamo cioè se quella patina bianca come neve spruzzata di fresco disturbi in qualche modo il bambino; comunque lo curiamo. Di solito lo curiamo con la nistatina. Ma anche questa scelta deriva da un riflesso condizionato. In realtà, il confronto nistatina contro miconazolo mostra che l'effetto terapeutico a distanza di 5 giorni è di 1/4 (22% contro 85%), e diventa 1/2 dopo 15 giorni (Figura 3).

Faraguna. Forse, anzi certamente, questi bambini guariscono da soli; forse basta anche solo il bicarbonato; e forse anche la semplice pulizia con la garzina.

Ventura. In realtà anche la "frizione" è consigliata. Nei fatti il miconazolo serve con tutta evidenza, e la nistatina serve invece molto molto poco. Il gel, poi, in cui è diluita, permette una penetrazione del farmaco che sostituisce la parte meccanica della terapia.

Pubblico. Nella mia esperienza dopo 3 giorni di nistatina i bambini guariscono tutti.

Ventura. Sei sperimentazioni cliniche controllate dicono il contrario.

Pubblico. Per la profilassi dell'acaro è davvero sufficiente foderare il materasso? È indifferente che il materasso sia pieno di lattice o di lana?

Longo. Sì, certo, che dentro ci sia la lana o il lattice è la stessa cosa. Una volta che è chiuso è chiuso.

Pubblico. Confermo. Il materasso di lattice è una spesa inutile: qualunque mate-

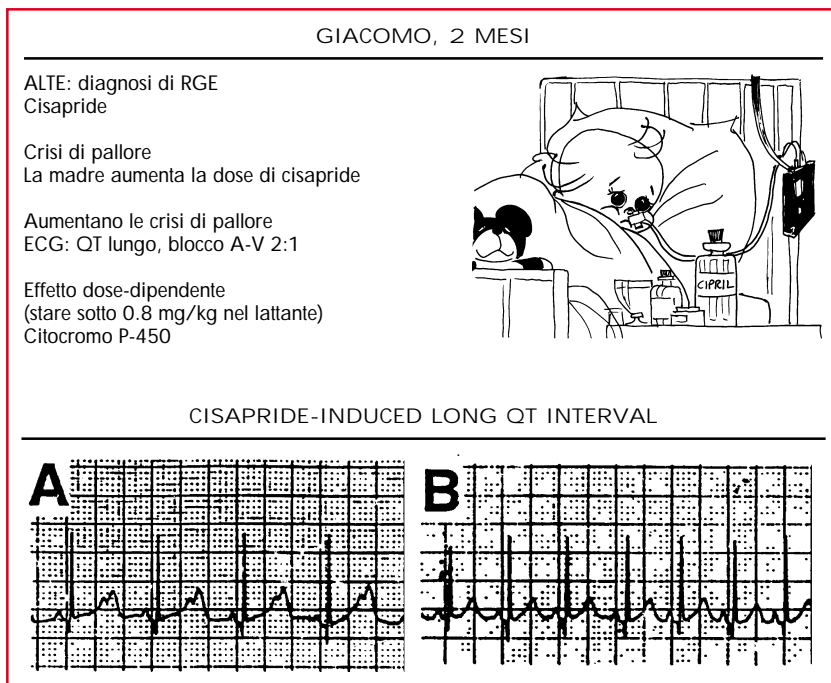


Figura 2. Il caso di Giacomo, un bambino con crisi di pallore peggiorate dalla cisapride e diagnosi di reflusso gastroesofageo; nella parte inferiore della figura la sintesi di una citazione letteraria sugli effetti della cisapride sul tratto QT: ECG prima (A) e dopo (B) la sospensione del farmaco.

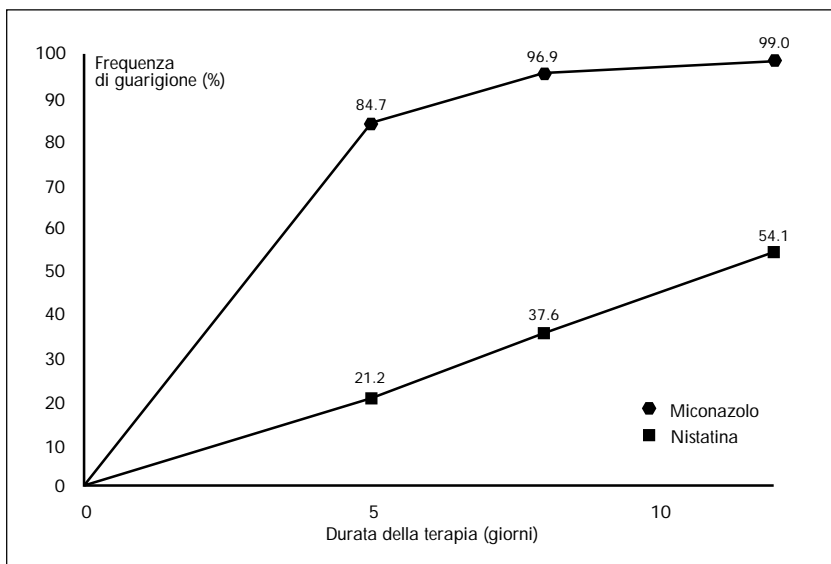


Figura 3. Percentuale di guarigione da mugghetto con due diversi antimicotici topici.

rasso dopo 5 mesi viene ricolonizzato.

Pubblico. Per la copertura basta il comune cellophane.

Longo. Il cellophane è certamente la soluzione più economica ma anche la più

sgradevole. Un valido coprimaterasso specifico anti-acaro è una spesa per la vita; non è il caso, se appena si può, di risparmiare.

Polmonite
Un altro esame da ridimensionare è la

radiografia del torace nella broncopolmonite (Figura 4), e in particolare per ciò che riguarda il controllo della guarigione. A domicilio io credo che non sia mai il caso di fare una lastra. In ospedale la lastra d'ingresso viene fatta sempre; e non credo sia sbagliato, se si deve dare per scontato, anche se non è sempre così, che in ospedale arrivano le broncopolmoniti o le polmoniti di seconda battuta. Qualche volta la lastra serve non tanto a confermare una diagnosi clinica quanto a porre una diagnosi che la clinica non dà per scontata: febbre con polipnea e reperto toracico negativo, tosse che persiste a lungo, dolore addominale non capito. Ma il controllo in uscita fa solo rimandare la dimissione: la broncopolmonite (o la polmonite) una volta guarita è guarita, e lo è anche se la radiologia non è ripulita del tutto.

Devo ricordare anche che una lastra fatta all'esordio può essere negativa per diventare poi positiva. È di pochi giorni fa il caso di un bambino entrato per febbre e mal di pancia, in cui si è sospettata la polmonite, e in cui la lastra iniziale era negativa, per diventare positiva ("polmonite a palla") il giorno dopo. Una radiografia troppo zelante e troppo precoce può dare (è uno degli effetti negativi dell'eccesso di esami) una falsa sicurezza, anche se si deve dire che la lastra in quel caso andava fatta, così come andava fatto il controllo il giorno successivo.

Un altro errore è fare la terapia antibiotica per via intramuscolare. Un errore vero. A domicilio, come in ospedale, il trattamento va fatto per via orale. Per via parenterale (eccezione assoluta, il bambino che davvero vomita, il bambino con polmonite a eziologia particolare, o comunque complicata) sarà semmai da usare la via endovenosa posizionando un'ago-cannula o mantenendo una fleboclisi. Permettete che vi presenti questa esperienza, che risale ormai a più di dieci anni fa. Sono messi a confronto i comportamenti e i risultati di diversi ospedali (Figura 5): quello che ricovera più casi, e i più gravi, è quello che non usa quasi mai la via parenterale, ed è anche quello che ha le degenze più brevi. L'analisi caso per caso dimostrava inoltre (paradosso!) che la via parenterale determinava sfebbramento e guarigione in tempi più lunghi (questo non lo so spiegare bene: forse una minore compliance degli stessi operatori nei riguardi di questo tipo di un po' barbaro di terapia).

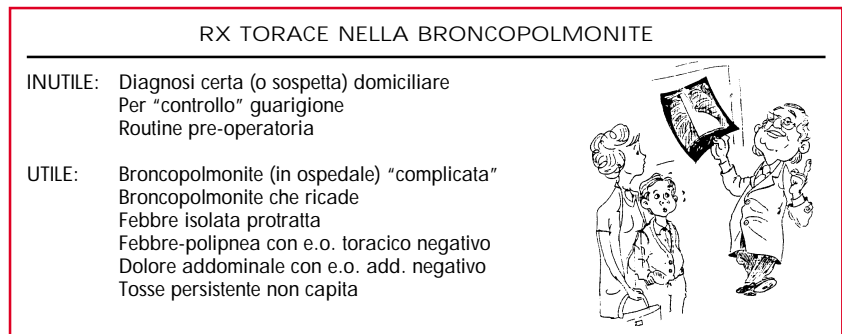


Figura 4

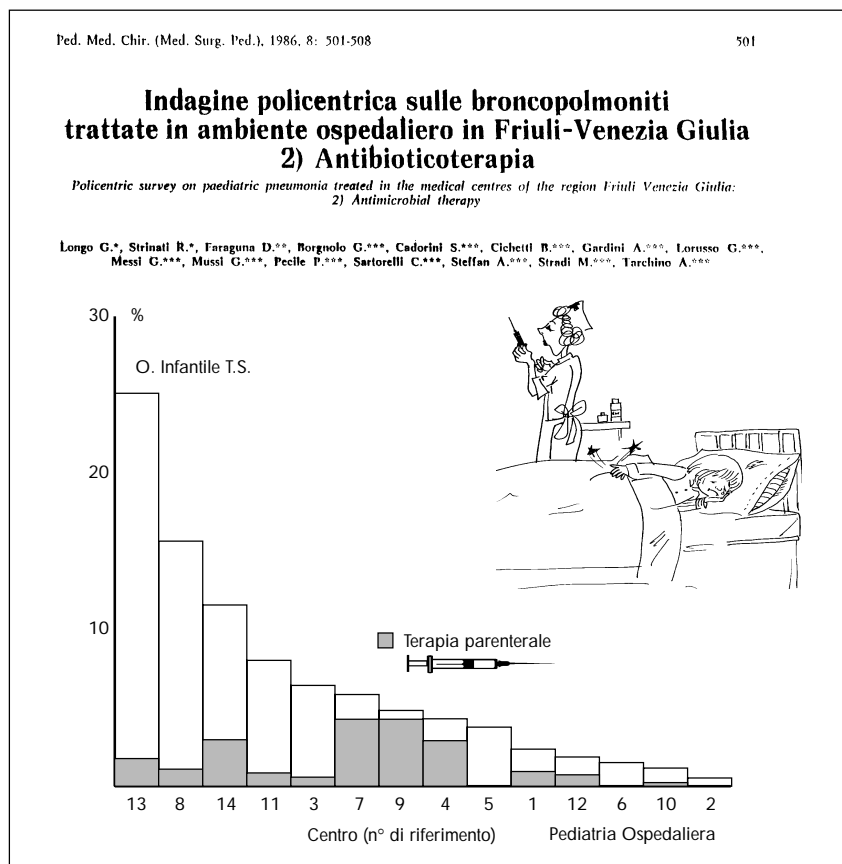


Figura 5. Questo grafico è tratto da un vecchio lavoro sull'uso dell'antibiotico per via parenterale in diversi ospedali del Friuli-Venezia Giulia. La scelta di usare o non usare la via parenterale era esclusivamente legata a un'abitudine di reparto, e non correlata alla gravità della casistica.

Celiachia

Un errore storico, ancora non superato: la politica del glutine. Oggi c'è l'evidenza che l'età di introduzione non condiziona l'incidenza della malattia, ma solo il tempo della sua comparsa e la sintomatologia d'esordio, e che produce un ritardo della diagnosi e più spesso una mancata diagnosi, quindi

l'accumulo delle malattie indagnosticate e riemerse in silenzio (osteopenia, anemia sideropenica, bassa statura, malattie autoimmuni, linfoma).

Un lavoro molto recente, e un po' zuccone, avrebbe dimostrato che il ritardo nell'introduzione del glutine fino a un anno di età ha abbassato a 1/4000 i casi di celiachia: è oggi evidente e risa-

puto che non è vero; che la positività per AGA (= celiachia) è uguale in tutto il mondo occidentale.

Un confronto, ormai classico, tra l'epoca di diagnosi di celiachia in due Paesi molto vicini, la Svezia e la Finlandia, evidenziava che l'unica differenza era il momento dell'introduzione del glutine: precoce in Svezia, tardiva in Finlandia. Ma il ritardo nell'introduzione del glutine non porta solo a un ritardo diagnostico: tra i celiaci finlandesi la frequenza di diabete mellito (patologia autoimmune indotta dal glutine) è 10 volte maggiore che in Svezia.

Un errore evitabile: a volte curare è meglio che prevenire.

Trovare un limite di buon senso: svezzamento all'età normale, 5-6 mesi, non come dicevano i santoni dell'ESP-GAN negli anni Settanta.

Pubblico. Vorrei che fosse definito meglio il concetto di polmonite complicata.

Longo. Intendo una polmonite che non guarisce e che dimostra di essere grave (agente patogeno resistente, empiema, pneumatocele).

Bonifazi. È possibile pensare che anche per l'atopia convenga fare come per la celiachia? Che l'esclusione di allergeni nel primo anno di vita possa essere una causa di patologia più grave a distanza?

Ventura. Non ho abbastanza informazioni per avere un'opinione. Ci sono però delle evidenze del contrario: l'allattamento al seno è una risposta. È una delle poche cose che sicuramente protegge nei tempi lunghi, anche nei 28 anni di follow-up, quanto meno dall'asma, ma probabilmente anche dalla dermatite atopica grave. Ma il latte materno è qualcosa di più che non la semplice esclusione di allergeni. Però ho qualche evidenza che almeno per alcuni casi possa essere vero quello che sospetta Bonifazi; che cioè l'assunzione di un allergene possa indurre una tolleranza che cessa con la cessazione dell'assunzione. Io e Longo abbiamo in mente un caso mortale. Una bambina con dermatite atopica lieve, alla quale è stata sospeso il latte. «Da allora - ci ha detto la mamma - abbiamo smesso di vivere. Ad ogni contatto casuale col latte la bambina aveva un asma da rianimazione. E alla fine, a 18 anni, per un episodio così è morta».

Pubblico. Ha la sua importanza anche la quantità di glutine.

Ventura. Ha probabilmente più importanza la quantità che il tempo. La mia regola è: tanto e subito.

Greco. Forse è sbagliato anche essere troppo prescrittivi o troppo ottimisti. La regola semplice e accettabile è quella di non svezzare mai senza glutine: né troppo presto né troppo tardi (5-6 mesi), né troppo né troppo poco.

Pediatria ospedaliera

Ed ora tre interventi preordinati su malpractice o, se preferite, sulle cattive pratiche, in ospedale: il primo sarà quello del Chirurgo pediatra di Trieste, il dottor Messineo; il secondo quello del primario pediatra di San Giovanni Rotondo, dottor Paolucci; il terzo del primario pediatra di Matera, dottor D'Andrea.

MESSINEO. Il problema degli esami preoperatori è un vecchio, falso, problema. La routine preoperatoria non ha senso e, viceversa, la lista degli esami preoperatori (Rx torace e ECG compresi) richiesti dagli anestesisti è sempre più lunga, e sempre più si allungherà, se la lasceremo allungare. Nella Clinica Chirurgica Pediatrica dell'Università di Padova, dopo un lungo confronto tra il Professor Guglielmi e gli anestesisti, anche per l'appoggio della Medicina Legale che ha sostenuto coraggiosamente il principio della non eticità degli esami dimostratamente inutili, siamo riusciti a concordare l'interruzione di questa pratica.

Nella *Tabella I* sono esposti sinteticamente i dati: per gli interventi di Day-Surgery sono stati chiesti, su 8772 bambini da operare, di ernia, criptorchidismo, varicocele e così via, in tutto 233 esami mirati, effettuati su 188 bambini, cioè sul 2,1% degli operandi.

PAOLUCCI. Più che presentare una casistica vorrei presentare alcuni assiomi:

□ Il DRG fa tanto più danno quanto più la diagnosi è inconsistente.

□ Il DRG interventivo rende di più, e quanto più rende tanto più si tende a richiederlo, più o meno consapevolmente.

□ Quando chiediamo un determinato intervento, assicuriamoci prima che sia fatta la diagnosi di natura.

□ Il chirurgo è portato più a preoccuparsi del sintomo che del bambino, e se gli si chiede un intervento su un sintomo pensa che la diagnosi di natura sia stata già fatta.

Ecco una casistica-lampo che sostiene questi assiomi.

Un caso di ipertensione endocranica viene inviato al neurochirurgo per una derivazione. Il neurochirurgo, assodata l'esistenza dell'ipertensione, posiziona un catetere per derivazione peritoneale nel ventricolo dilatato. Il bambino dopo 48 ore muore, perché la causa dell'ipertensione e dell'idrocefalo era una meningite tubercolare della base, non diagnosticata.

Il secondo caso di ipertensione in corso di meningite tubercolare non muore, perché il neurochirurgo, ammaestrato dalla prima esperienza, manda a chiamare il pediatra, che fa la diagnosi corretta.

Corpi estranei: un bambino che tosse non ha necessariamente un corpo estraneo; ma se noi lo mandiamo dall'ORL o dal broncopneumologo anche solo col sospetto, quello non ci pensa due volte a sottoporlo a broncoscopia.

Ventura. Ho anch'io un esempio, non personale, ma che conosco per averlo sentito raccontare da un testimone perfettamente degno di fede; un esempio di broncoscopia e di fame da DRG, avvenuto in un Ospedale generale.

Si ricovera un bambino che sembra soffocare. Non asma, non febbre, radiologia negativa. Si pensa al corpo estraneo bronchiale, si chiama l'otorino, ma l'otorino non vuole che il "premio" del DRG

ESAMI PREOPERATORI NEI BAMBINI RICOVERATI IN " REGIME DI DAY-HOSPITAL O DAY-SURGERY "

- Visita anestesiológica ambulatoriale 10-15 gg prima dell'intervento
- Esami preoperatori non di routine, ma mirati:
Anni 1984-1995: su 8772 bambini operati, richiesti 233 esami in 188 bambini (2,1%) (dati in attesa di pubblicazione su: *Pediatric Anesthesiology*, 1999, F. Giusti et al)
- Pazienti operati di: ernia inguinale o ombelicale, idrocele, varicocele, criptorchidismo, fimosi, cisti superficiali, endoscopie, residui bronchiali, adenotonsillectomie ecc.

Tabella I

vada al pediatra, e se lo fa trasferire. La broncoscopia è negativa, ma il bambino continua a star male e l'otorino se lo tiene 3 giorni a soffocare in reparto, finché una notte il medico di guardia, chiamato, non decide a sua volta di chiamare il pediatra. Il corpo estraneo c'era, e soffocante, ma era in esofago anziché nelle vie aeree. Ironia quasi macabra: l'esofagoscopia viene effettuata nel reparto di ORL, così questo si becca il premio per i due interventi, anziché beccarsi il castigo di Dio. Davvero credo che questa faccenda del finanziamento su prestazione sia una delle cose più maligne (un errore, visto che parliamo di errori) introdotto nel Sistema Sanitario Nazionale.

Panizon. E poi mi hanno riso dietro, quando ho parlato dei DRG del demonio. Non sono, naturalmente, i DRG in quanto tali, ma i DRG come il simbolo della medicina con pagamento su prestazione, che hanno, come prevedibile, come previsto, come è successo in Inghilterra, come succede, statisticamente in tutti i Paesi, a drogare il mercato, ad avvelenare il rapporto tra ospedali e reparti. La medicina con pagamento sulla prestazione è un prodotto del demonio.

Rivosecchi. Mi sembra di dover fare un minimo appunto all'intervento di Paolucci, anche perché sono stato proprio io, ieri, a dire che il chirurgo spesso bada più al sintomo che alla diagnosi, ma non vorrei che il pediatra, messo in difficoltà da una diagnosi chirurgica, cerchi l'opinione di un altro pediatra anziché di un chirurgo.

Panizon. Non era questa certamente l'intenzione. Il caso riportato (ipertensione endocranica) non era "chirurgico": era in realtà una meningite. Il punto, semmai, è l'inverso, quello del chirurgo che non si rivolge abbastanza al pediatra. Il chirurgo, semplicemente, non considera, o non considera sempre, che il pediatra generale sia "abbastanza specialista"; e perciò, semplicemente, si dimentica di chiamarlo.

Ma il richiamo di Paolucci, che io vorrei riprendere, è quello di consultarsi "anche" tra pediatri; "anche" telefonicamente, se non in telemedicina; tanto più tra colleghi con competenze diverse: pediatra e chirurgo, pediatra e neurologo, generalista e nefrologo, e così via. Oggi nessuno è più isolato. Oggi chiedere, e dare, consulenza diventa un dovere che, almeno tra di noi, dovrebbe permettere di superare sia l'autarchia medica sia

l'accaparramento del paziente, che le singole Aziende vorrebbero imporre.

Pubblico. Semplicistico dire che i pediatri possono rifiutarsi di far fare gli esami preparatori richiesti dall'anestesista.

Panizon. Ha ragione, ma ha anche torto. Il messaggio non è stato semplicistico, e non è esattamente quello di "rifiutarsi". Il messaggio che ci viene dalla Clinica di Chirurgia Pediatrica di Padova è che non si deve essere ossequianti/conniventi con prescrizioni che sappiamo essere sbagliate, e dunque direttamente e indirettamente controproducenti. Dobbiamo parlare e riparlarne con loro, coi nostri collaboratori di altra disciplina; dobbiamo trovare, come ha fatto il professor Guglielmi, la strada e gli strumenti del confronto. Altrimenti resteremo sempre allo stesso punto.

Greco. Bisogna strutturare una strategia.

Panizon. Lavorare insieme vuol dire lavorare insieme.

D'ANDREA. In un grande studio collaborativo che ha mobilitato 155 Divisioni di Pediatria, promosso dal gruppo di studio della ACP per la Pediatria Ospedaliera, abbiamo voluto valutare la qualità delle cure in alcune patologie comuni: broncopolmonite, asma, infezione urinaria, DAR. Abbiamo le schede di 1222 broncopolmoniti, riempite, su questionario, dal reparto di accoglimento. Devo dire che siamo rimasti più che colpiti dalla disomogeneità, ma specialmente dall'incongruenza dei comportamenti registrati, in evidente, perfetta (?) buona fede.

Per motivi di tempo ve ne do solo un assaggio, una scheda. Ma come queste schede ce ne sono decine e decine.

Questo è un bambino di 3 anni, che da 5 giorni a casa ha un modesto movimento febbrile, 37,5°, con un po' di tosse e senza polipnea rilevante. Si ricovera e fa una serie di esami che comprendono l'azotemia, il TAS, l'eco renale, l'esame urine, l'urinocoltura, gli elettroliti, l'emogasanalisi, naturalmente l'emocromo, VES, CRP, agglutinine fredde. La radiografia del torace mostra un focolaio di piccole dimensioni. L'eziologia presunta, per dichiarazione del compilatore della scheda, è virale. La terapia consiste di ceftazidina per via intramuscolare per 7 giorni. Al settimo giorno viene fatta una lastra di controllo e al

decimo il bambino viene dimesso. Non sarebbe niente, vi dico, se le schede così non fossero decine e decine, e se in tante non si cogliessero, non dico questi errori, ma queste incongruenze, anzi dissociazioni tra sintomi, esami, diagnosi e comportamenti. Incoerenze innocenti? o tentativi di giustificare ricoveri non giustificabili?

Ho anche un articolo di *Lancet* su questo tema, non solo italiano, intitolato "Medical Munchausen syndrome". L'articolo è stato scritto da un collega australiano, preoccupato che nel prossimo DSM non entri anche questa nuova sindrome, prodotta dai medici alla ricerca di diagnosi sempre più complesse e sempre più incredibili, e sempre più produttive.

Ho infine una piccola collezione di lettere di dimissione, un'antologia non edificante sul rapporto ospedale-territorio. Ne cito una sola: un caso ricoverato per macrocrania, rimasto in ospedale per 7 giorni. Una sfilza di esami. Una dimissione senza altre indicazioni per il curante se non una prescrizione di Adipabrym, Cypril, latte materno a richiesta, follow-up urinario, con esame urine e urinocoltura mensile (giustificato, così almeno credo, per aver ritrovato, all'ecografia renale, fatta non si sa bene perché, una asserita dilatazione - 0,4 cm - della pelvi).

Potremmo pubblicare un volume.

Pubblico. È evidente che in tutta questa confusione, e in tutti questi comportamenti definibili come poco razionali, non pesa tanto un difetto di cultura, e forse nemmeno delle abitudini viziate, quanto invece un tentativo di sopravvalutare il proprio ruolo, nei riguardi dei pazienti e degli enti paganti, esagerando le cautele e l'entità delle prestazioni.

Questo è in parte un effetto del criterio del pagamento su prestazioni, e per quel che riguarda l'ospedale, del finanziamento su DRG.

Cosa fa Panizon che tanto predica contro questa forma di finanziamento delle aziende, per contrastarne gli effetti?

Panizon. Niente. O meglio, qualcosa: mi comporto come se le regole per "guadagnare di più" non esistessero. Questo è quello che ho fatto e questo è quello che vi chiedo di fare: comportarsi solo in funzione della buona pratica clinica; rendere conto solo al malato, e lasciare che i DRG dicano se la medicina che si pratica nel mio reparto sia buona o cattiva. Dimetto il malato, se è il caso (lo è spes-

so, anche in ricoveri perfettamente "adeguati", prima dello scadere delle fatidiche 48 ore; non scelgo una diagnosi più retribuitiva; non mi preoccupo, se devo trasferire il malato, del Reparto a cui andrà il pagamento per DRG. Non è stata una soluzione facile; e non posso nemmeno assumerne il vanto perché, una

volta di più, questa strada mi è stata indicata-imposta dai miei collaboratori.

Questo è quello che faccio, e questo è quello che vi chiedo di fare. Tanto, di tutto l'affannarsi, niente viene nelle vostre tasche; i reparti che non ce la fanno, non facciano finta, si accorperanno. Essere fedeli alla propria struttura, sì; ma

prima essere fedeli al paziente; e prima ancora, essere fedeli al SSN. Ogni moltiplicazione del ricovero, ogni contraffazione della diagnosi, ogni ricerca del DRG più "produttivo", è un peso scorrettamente aggiunto ai pesi del SSN, col quale dobbiamo identificarci due volte, come cittadini e come operatori.

A.C.P. (Associazione Culturale Pediatri)

Studio Pediatrico Associato Bergamo - Studio Pediatrico Associato Pozzuoli - Studio Pediatrico Associato Roma

Con il Patrocinio di: Società Italiana di Pediatria, Gruppo di studio sulla Pediatria Extraospedaliera
Federazione Italiana Medici Pediatri - ASL 1 Bergamo

2° Incontro Nazionale sulla Pediatria di Gruppo " LA RICERCA, IL CONTESTO "

Bergamo, 22-23 maggio 1999

Centro "Il Conventino" - via Gavazzeni 3 - Sala degli Angeli

Sabato 22 maggio

- I SESSIONE** La ricerca - moderatore V. Murgia (M. Veneto)
- 9.00 Saluto ai congressisti e... dove ci eravamo lasciati? - G. Caso (Bergamo)
- 9.30 Pediatria di Gruppo e accesso al Pronto Soccorso
Gruppi di Cantù e Reggio Emilia
- 10.30 Discussione
- 11.15 Le dinamiche psicologiche in un gruppo - E. Trifuoggi (Pozzuoli)
- 11.45 Gradimento dell'utenza: una proposta di valutazione
M. Ancona (Torino), D. Duccoli (Milano)
- 12.15 Discussione
- 13.00 Pausa pranzo (Stands con posters su Pediatria di Gruppo e Associazione nelle convenzioni regionali - Stands dimostrativi dei principali software di Cartella clinica pediatrica informatizzata)
- 15.00 Gruppi di lavoro (Preferibile iscriversi al mattino)
Problematiche amministrative e fiscali - F. Percudani (Bergamo)
Un Gruppo "in rete": dimostrazione in uno studio associato
Gruppo di Bergamo
La formazione dell'infermiera: un percorso
G. Carrara, A. Trovato (Bergamo)
Una Pediatria di Gruppo USA... in videoclip - R. Arigliani (Benevento)
- 17.30 A domani...

Domenica 23 maggio

- 2A SESSIONE** - Il contesto - moderatore G. Tamburlini (Trieste)
- 9.00 Associazionismo: quali gli obiettivi? - S. Fedele (Palermo)
- 9.30 Pediatria di Gruppo e Associazionismo nelle Convenzioni Regionali
V. Calia (Roma)
- 10.00 Discussione
- 10.30 Coffee break
- 10.45 Tavola rotonda e dibattito: Pediatria di Gruppo e Associazionismo: quale il ruolo nell'Area Pediatrica italiana?
L. Venturelli (Bergamo), V. Calia (Roma), G. Brusoni (La Spezia), P. Causa (Pozzuoli), M. Gangemi (Verona)
- 12.30 Conclusioni - G. Tamburlini

Segreteria scientifica e informazioni:

Studio Pediatrico di Bergamo - v.le G. Cesare 50 - 24123 Bergamo
Tel. 035 361717 /342375/347316 - Fax 035 363059
e-mail pedro@ntt.it, leoventu@ntt.it.

Per anticipare problematiche amministrative e fiscali telefonare a Bianca Marenconi (035 360157 - ore pasti; e-mail: iamarenconi@ntt.it)

L'iscrizione al Congresso è di € 100.000, e dà diritto anche a coffee break e colazione di lavoro

Per iscrizioni, informazioni e prenotazioni alberghiere, rivolgersi a:
Agenzia Beryl Viaggi - via Broseta 84/d 24128 Bergamo
Tel. 035/4373282 - 264938 (Sig.ra Baldi), Fax 035/264938

MODULO DI ISCRIZIONE*

Io sottoscritto/a Dr/Drssa
residente a
in vian°
TelCF
P IVA.....chiedo di iscrivermi al 2° Congresso Nazionale
di Pediatria di Gruppo che si svolgerà il 22-23 maggio 1999 a Bergamo

Desidero iscrivermi al seguente gruppo di lavoro del pomeriggio di sabato
(1 scelta):

- Problematiche amministrative e fiscali
- La formazione dell'infermiera
- Un gruppo... in rete (max 20 pediatri)
- Una Pediatria di Gruppo USA... in videoclip

Allego copia bonifico bancario**
assegno ***

* Inviare a: Beryl Viaggi - Via Broseta 84/d 24128 Bergamo

** Intestato a Beryl Viaggi della Poseidon s.r.l.,
c/o Banca Popolare di Bergamo, Ag. Loreto,
coordinate bancarie: ABI 05428, CAB 11109, CC n° 71743
(specifica: "Iscrizione a 2° Congresso Nazionale sulla Pediatria di Gruppo")

*** Non trasferibile, intestato a Beryl Viaggi della Poseidon s.r.l.