

È POSSIBILE PREVENIRE L'ABUSO?

SILVIA PIVETTA¹, ANNA MACALUSO¹, PAOLA MATERASSI¹, CHIARA CUOGHI², GIORGIO TAMBURLINI³

¹ASS n.1 Triestina, Unità Distrettuale per i Minori; ²Servizio di Medicina Materno-Infantile ASL Ferrara; ³Ufficio per la Cooperazione Internazionale (Centro collaboratore dell'OMS), IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

IS PREVENTION OF CHILD ABUSE POSSIBLE? A REVIEW OF INTERVENTION STUDIES (M&B 2, 114-118, 1998)

Key words

Child abuse and neglect, Prevention, Child health, Home visiting

Summary

The Authors reviewed all available intervention studies that included child abuse among the endpoints. 9 published trials were analyzed. Most of them were carried out in US, a few in UK, Ireland and Canada. The studies evaluated a wide variety of antenatal and/or postnatal programmes targeted to at risk mothers and included one or more of the following interventions: emotional and social support, information, linkage to health, social and community services. Home visits were made by professional or non professional people. Many trials showed a trend towards a protective effect but results rarely reached statistical significance due to insufficient sample size or follow-up. The best results on prevention of child abuse and neglect were shown by the largest trial (324 mothers) with the longest follow-up (15 years). It is practically impossible to draw conclusions from studies that were so heterogeneous. Preventive interventions should have a much wider scope that just prevention of child abuse, should be non selective and multidimensional, but this makes very difficult to evaluate results on specific endpoints.

DEFINIZIONE ED ENTITÀ DEL FENOMENO

Una delle definizioni ufficiali a cui si fa riferimento è quella, elaborata nel 1987, a Strasburgo, dal Consiglio d'Europa, che definisce l'abuso all'infanzia come: «Gli atti e le carenze di cure che turbano gravemente il bambino, attentano alla sua integrità corporea, al suo sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale, le cui manifestazioni sono la trascuratezza e/o lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di altri che hanno cura del bambino».

Tuttavia, questa definizione non rappresenta, per un corretto inquadramento epidemiologico, un riferimento operativo utile, in quanto non definisce criteri sufficientemente chiari e univoci da poter essere interpretati in modo omogeneo. Risulta quindi scarsamente fondata ogni descrizione quantitativa del fenomeno.

D'altra parte, la natura multifattoriale e complessa di questo fenomeno rende molto difficile l'elaborazione di una definizione operativa, e quindi riproducibile, riguardo a caratteristiche come volontarietà dell'atto, severità delle manifestazioni e tipologia dell'abuso.

A questo problema si aggiungono le difficoltà di rilevazione conseguenti alla necessità di utilizzare fonti multiple e alla specifica caratteristica di questo fenomeno che risulta, per sua natura, sommerso.

Con questi limiti, i dati disponibili, italiani e di alcuni paesi europei, si riferiscono soprattutto a casistiche cliniche, e a studi/indagini retrospettive,

piuttosto che a studi di popolazione, come sarebbe più corretto. Questi studi riportano una prevalenza che va dallo 0.026‰ (Svezia) al 4.5 e 5‰ (Gran Bretagna, registrazione multifonte, e Veneto, registrazione multifonte, coorte prospettica), al 30‰ (Cecoslovacchia, coorte prospettica). In Francia stime desunte riferiscono all'abuso una mortalità del 3.1 per 100.000 nati vivi, e negli Stati Uniti la mortalità cumulativa 0-5 anni è riportata al 18.7 per 100.000¹.

Fin dai primi anni '70 in Gran Bretagna, in Australia e negli Stati Uniti, sono stati sperimentati programmi di visite domiciliari alle donne durante il periodo della gravidanza e dopo il parto. La prevenzione di situazioni di maltreatment dei minori, e in particolare di abuso e trascuratezza, rappresentava uno degli obiettivi espliciti di questi programmi.

Per conoscere le caratteristiche degli interventi proposti e tentare una valutazione complessiva della loro efficacia, abbiamo condotto una revisione dell'argomento dalle principali riviste internazionali, considerando in particolare studi controllati e randomizzati di programmi di visite domiciliari, che considerassero tra gli endpoints l'abuso e la trascuratezza.

RISULTATI DELLA REVISIONE

Gli studi selezionati, con le caratteristiche descritte, sono stati 9, tutti effettuati in Inghilterra o negli Stati Uniti²⁻¹⁰.

I programmi prevedevano visite domiciliari pre e/o post-natali, con l'eventuale associazione di visite ambulatoriali. La durata dell'intervento andava da 3

a 27 mesi, e il numero di visite domiciliari effettuate a ciascuna famiglia variava da un minimo di 9 a un massimo di 32. L'operatore che effettuava le visite poteva essere, a seconda del programma, un'infermiera, un'assistente sociale, un medico oppure un operatore volontario. Appare di particolare interesse l'esperienza irlandese, in cui alcuni gruppi di madri sono stata formate e successivamente impiegate come visitatrici domiciliari².

Le caratteristiche della popolazione oggetto dell'intervento erano per la maggior parte definite dalla presenza di fattori di rischio sociosanitario individuali, oppure dalla residenza in aree a rischio.

Solo uno degli studi selezionati ha usato una strategia "non selettiva", ha cioè destinato l'intervento a un campione rappresentativo della popolazione

generale di donne e neonati.

Il contenuto delle visite domiciliari variava a seconda del modello adottato che, in base a diversi presupposti e modalità di approccio, può essere riferito a due modelli principali: quello "ecologico" oppure quello di "supporto sociale e/o educativo".

Nel modello ecologico viene coinvolto il contesto familiare e comunitario, cioè familiari e le altre persone vicine (amici, parenti, vicini di casa ecc.) allo scopo di valorizzare tutte le possibili risorse, sia materiali che di sostegno affettivo, interne ed esterne al nucleo familiare, da mettere a disposizione della donna e del neonato.

Sono previste una parte educativa/formativa relativa allo sviluppo e ai possibili problemi del bambino e una parte informativa sui servizi esistenti.

Attenzione particolare è rivolta alla

madre con la quale l'operatore tenta di stringere un rapporto di fiducia ("alleanza terapeutica"), dedicando particolare attenzione alla pianificazione familiare, al reinserimento scolastico (nel caso di madri adolescenti) o lavorativo.

Questo programma di visite è piuttosto intensivo, sia per il numero che per la durata di ciascuna visita. Gli operatori che effettuano queste visite domiciliari sono generalmente assistenti sanitarie o infermiere.

Il modello cosiddetto di "supporto sociale" o "supporto educativo" si limita a un sostegno di tipo pratico, economico, o a fornire informazioni, in particolare sui servizi. Gli operatori che effettuano le visite sono generalmente assistenti sociali o volontari. Gli interventi che hanno adottato questo modello hanno seguito in alcuni casi un approccio non selettivo, rivolto a tutte le famiglie nelle

QUADRO SINOTTICO DEGLI STUDI DI INTERVENTO COMPREDENTI L'ABUSO NEGLI OUTCOME

Trial	Popolazione studiata	Intervento (modello, tempi, operatori)	Outcome	OR
JOHNSON IRELAND '93 (2)	Primipare svantaggiate	Postnatale "child dev. programme" Volontari	Abuso	0,11 (0,01-2,25)
DAWSON USA '89 (3)	Tutte le donne in gravidanza seguite da servizi prenatali	Pre e postnatali Supporto sociale/educativo Risorse della comunità Non professionisti	Abuso	3,47 (0,39-30,7)
OLDS USA '97 (4)	Primipare adolescenti o non sposate o di basso livello socio-economico	Pre e postnatali Approccio ecologico Infermiere	Abuso 15 anni di follow-up	n.d. (p<0,01)
LEALMAN GB '83 (5)	Famiglie a rischio di perpetrare abuso	Postnatali Supporto sociale Assistenti sociali	Abuso	0,67 (0,07-6,55)
GRAY USA '79 (6)	Famiglie a rischio di avere problemi di genitorialità	Postnatale Supporto sociale Medici, infermieri	Sospetto abuso	0,08 (0,00-1,52)
MARCENKO USA '94 (7)	Donne a rischio di allontanamento dei bambini alla nascita	Pre e postnatali Supporto sociale e educativo Professionisti e volontari	Allontanamento	1,93 (0,97-3,85)
BARTH USA '91 (8)	Famiglie a rischio di perpetrare abuso	Pre e postnatali Supporto sociale Volontari	Abuso	1,44 (0,8-2,58)
HARDY USA '89 (9)	Donne residenti in aree urbane ad alto rischio	Postnatali Supporto educativo Volontari	Sospetto abuso	0,14 (0,03-0,64)
SIEGEL USA '80 (10)	Donne con basso reddito	Postnatale Supporto emozionale Volontari	Abuso	1,64 (0,69-3,91)

Tabella 1

quali è nato un bambino.

Nella *Tabella I* vengono illustrati i trial descritti sopra, in particolare i criteri di selezione utilizzati, il modello adottato, gli outcome e i risultati¹¹.

Solo 2 studi hanno dimostrato una riduzione statisticamente significativa del maltrattamento nelle famiglie visitate¹⁵; in 3 studi c'è stata una tendenza verso un effetto positivo^{2,5,6} e in 4 studi una frequenza più alta nelle famiglie visitate^{3,7,8,10}.

Il trial con il follow-up più lungo e il campione più numeroso ha dimostrato i migliori risultati, e senz'altro merita una descrizione più dettagliata^{4,12,13,14}.

Si tratta di un programma con un approccio di tipo ecologico, comprensivo di 9 visite prenatali e 23 post-natali, effettuate a partire dagli ultimi mesi di gravidanza fino al secondo anno di vita del bambino. Le visite sono state effettuate da assistenti sanitarie.

L'intervento è stato rivolto a una popolazione a rischio di una comunità semirurale di New York, costituita da primipare adolescenti e/o non sposate e/o di basso livello socioeconomico; il campione è composto da 324 madri.

Le attività svolte durante la visita domiciliare sono state finalizzate a:

- informazione dei genitori sullo svi-

luppo del feto e del bambino, consigli per la donna in gravidanza (ad esempio dieta, consumo di alcool e sigarette, riposo, igiene), preparazione al parto, prime cure del bambino, prevenzione degli incidenti;

- rafforzamento di un sistema di aiuto informale per la donna durante il periodo delle gravidanze e quello successivo alla nascita del bambino, incoraggiando i parenti più vicini e gli amici a partecipare alle visite a casa, ad accompagnare la donna a eventuali corsi pre-parto, ad aiutarla nei lavori domestici, a partecipare al parto;

- informazione dei genitori sui servizi sanitari e sociali al fine di favorirne l'accesso;

- aggancio dei familiari con i servizi di riferimento in caso di problematiche specifiche.

Gli operatori hanno dedicato molta attenzione alla madre, incoraggiandola ad affrontare i problemi ponendosi di volta in volta degli obiettivi di minima, per aiutarla ad acquisire maggiore competenza e senso di controllo

Il follow-up è stato di 15 anni, e i risultati più rilevanti sono stati la minor incidenza di abuso e maltrattamento nel bambino e il miglioramento di condizioni relative alla madre quali una maggio-

re spaziatura delle nascite, una minore incidenza di complicazioni in gravidanza e di comportamenti di devianza sociale (arresti), un uso inferiore di alcool e droga.

PROGRAMMI IN ITALIA

In Italia sono in corso alcuni programmi di visite domiciliari^{15,17}, ancora non formalmente valutati, alcuni dei quali includono fra gli obiettivi la prevenzione dell'abuso all'infanzia¹⁷.

Gli interventi si basano su visite domiciliari effettuate nel periodo successivo alla nascita (da parte di ostetriche e/o assistenti sanitarie) rivolte a tutte le famiglie (Padova, Treviso, Ferrara e Bologna, Trieste) oppure solo a famiglie a rischio (Napoli) (*Tabella II*).

COMMENTI

È difficile trarre delle conclusioni dall'analisi di programmi così diversi, difficilmente confrontabili, e le cui dimostrazioni di efficacia sulla prevenzione dell'abuso sono state così scarse e riferite a due soli interventi.

Un limite importante nella valutazione dell'efficacia di interventi sul maltrattamento, in particolare di quelli preventivi, è correlato a bias insiti in studi di questo tipo. Tra questi vi è il "bias di sorveglianza", che porta a una maggior rilevazione dei casi di abuso nelle famiglie visitate e a una conseguente sotto-stima dei reali effetti dell'intervento. A questo sarebbe imputabile, secondo gli autori, il maggior numero di casi di abuso rilevato in 4 studi analizzati.

Il problema della mancanza di una definizione operativa e perciò riproducibile, citata all'inizio, è un altro limite presente in tutti gli studi effettuati.

Inoltre, la maggior parte dei campioni non sono sufficientemente numerosi e gli studi difficilmente includono un periodo di follow-up abbastanza lungo da valutare gli outcomes rilevabili solo a lungo termine. A questo si aggiunge il fatto che gli unici risultati evidenziati sono stati dimostrati stratificando la popolazione a maggior rischio, e quindi selezionando un numero esiguo di donne e neonati rispetto al campione.

In ogni caso, come sottolineato da molti autori, un requisito importante per il successo di tali programmi sembra essere rappresentato dalla qualità delle visite (durata e contenuti); queste,

QUADRO SINOTTICO DI ALCUNI DEI PROGRAMMI ITALIANI BASATI SU VISITE DOMICILIARI POSTNATALI

Città	Popolazione di studio	Intervento
Napoli (16)	Approccio selettivo score del rischio	<ul style="list-style-type: none"> ● visita domiciliare da parte di una infermiera specializzata a 15 giorni ● altre 4 visite da parte dell'assistente sanitaria o dell'assistente sociale ● iscrizione precoce con il pediatra ● conferenza di comunità
Padova (17) "Benvenuto bimbo"	Approccio non selettivo	<ul style="list-style-type: none"> ● 1 visita postnatale da parte di una assistente sanitaria ● eventuali altre visite per famiglie a rischio
Treviso (15) "Mamma con noi"	Approccio non selettivo	<ul style="list-style-type: none"> ● 2 visite postnatali entro il 1° mese ostetrica/assistente sanitaria
Ferrara e Bologna	Approccio non selettivo	<ul style="list-style-type: none"> ● 1 visita postnatale assistente sanitaria
Trieste (in caso di dimissione precoce)	Approccio non selettivo	<ul style="list-style-type: none"> ● visita postnatale ostetrica/assistente sanitaria ● rapporto precoce con PLS

Tabella II

per essere efficaci, devono consentire l'instaurarsi di una relazione di fiducia fra la madre e l'operatore.

Anche questo rende difficile, poco standardizzabile e quindi poco riproducibile l'intervento.

Gli operatori che hanno il compito di stabilire l'"alleanza terapeutica" con la famiglia devono presentare attitudini e caratteristiche personali, oltre che professionali, che solo in parte possono essere garantite da un'adeguata formazione, che comunque resta l'elemento cruciale su cui investire se si vogliono implementare interventi di questo tipo.

Fondamentale resta la strategia di intervento, selettiva o non selettiva. Una strategia selettiva ha il vantaggio di concentrare le risorse su un numero limitato di famiglie, in definitiva su chi ha più bisogno. Peraltro, nonostante il più elevato rischio di abuso e maltrattamento in gruppi selezionati, rimane vero che la maggior parte di tali eventi si verificano in famiglie che non possono essere identificate come ad alto rischio sulla base dei criteri normalmente utilizzati. Inoltre le visite domiciliari possono risultare più intrusive e stigmatizzanti, e di conseguenza meno accettate, quando vengono esplicitamente ristrette a famiglie a rischio.

Infine, la valutazione del rischio, fatta soltanto in base a indicatori negativi, non tiene in considerazione che la storia successiva, e il suo esito più o meno positivo, non è mai la conseguenza lineare di fattori di rischio, ma si costruisce attraverso una complessa interazione tra questi e altri fattori, anche di segno opposto (fattori di protezione), interazione che nel tempo è passibile di variazioni ("scompensi" o "compensi"). La "diagnosi" di rischio in molti casi non può quindi che essere anche una diagnosi dinamica, che si precisa nel tempo e non è data con certezza a priori. Quindi, il valore predittivo degli indicatori di rischio normalmente utilizzati¹⁸⁻²⁰ rimane molto basso, sicuramente inaccettabile se tra gli esiti da prevenire si volesse considerare soltanto l'abuso.

Tuttavia, interventi di questo tipo si pongono abitualmente obiettivi più ampi, tesi più in generale alla promozione della salute su più piani (stili di vita, rapporto con i servizi ecc.). I risultati dimostrati da Olds anche sulla salute della donna, o i risultati ottenuti sulla riduzione del bisogno di assistenza economica da parte delle famiglie, potrebbero essere sufficienti a raccomandare ulteriori sperimentazioni e investimenti su

programmi con queste finalità²¹⁻²³. È evidente che un intervento multisettoriale non può che portare a risultati anch'essi articolati, e il cui tempo di realizzazione resta mal definibile. Dunque siamo in presenza di interventi per loro natura difficili da valutare se non con studi "di comunità" ampi e molto prolungati.

Quanto ai programmi in atto nel nostro paese, anch'essi si basano su visite postnatali da parte di operatori non medici e sono per lo più "area-based", quindi non selettivi. A Napoli l'approccio è selettivo ma, per le particolari caratteristiche della popolazione interessata (area di Secondigliano-Miano), viene di fatto a riguardare una proporzione significativa dei nuovi nati. Non vi sono ancora dati che rendano possibile una valutazione anche solo qualitativa dei risultati, e in ogni caso valgono su questo punto i caveat già esposti.

Ciò che sembra di poter dire è che vi sono due elementi che meritano di essere presi in maggiore considerazione nei programmi realizzati nel nostro paese. Il primo è il ruolo importante che può essere svolto da PLS. In Italia infatti la figura del pediatra di famiglia sembra la più indicata per quel tipo di osservazione longitudinale richiesta da una valutazione del nucleo familiare e da una strategia di intervento modulata e non aprioristica. La prima visita, lungi da essere l'occasione per le prime prescrizioni e controlli semeiotici, dovrebbe assumere le caratteristiche di un primo contatto in cui l'ascolto e il colloquio costituiscano la base sia per l'instaurarsi di una relazione positiva sia per raccogliere gli elementi per l'eventuale attivazione di qualche intervento, da parte del pediatra stesso o, nei casi più evidentemente problematici, con il concorso degli altri operatori e servizi²⁴. L'altro momento cruciale (che corrisponde a un altro momento "orfano" di attenzione) è la gravidanza, per la quale vengono spese mille attenzioni sul piano della salute fisica della donna e del nascituro, ma della quale non si sa cogliere da parte dei servizi, se non in casi estremi ed eclatanti, la caratteristica di momento altamente "sensibile" sul piano psicosociale.

Bibliografia

1. Facchin P: Corso Nazionale di Formazione "Il pediatra e l'abuso all'infanzia". Varenna, 29-31 gennaio 1998.

2. Johnson Z, Howell F, Molloy B: Community mother's programme: a randomized controlled trial of non-professional intervention in parenting. *BMJ* 306, 1449-52, 1993.
3. Dawson P, Van Doorninck WJ, Robinson JL: Effects of home based, informal social support on child health. *J Dev Behav Pediatr* 10, 63-7, 1989.
4. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR Jr, et al: Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA* 278 (8), 637-43, 1997.
5. Lealman G, Haigh D, Philips J: Predicting and preventing child abuse - an empty hope? *Lancet* i, 1423-4, 1983.
6. Gray JD, Cutler CA, Dean JG, et al: Prediction and prevention of child abuse and neglect. *J Soc Iss* 35, 127-39, 1979.
7. Marcenko MO, Spence M: Home visitation services for at-risk pregnant and postpartum women: a randomized trial. *Am J Orthopsychiatry* 64, 468-78, 1994.
8. Barth RP: An experimental evaluation of in-home child abuse prevention services. *Child Abuse Negl* 15, 363-75, 1991.
9. Hardy JB, Street R: Family support and parenting education in the home: an effective extension of clinic-based preventive health care services for poor children. *J Pediatr* 115, 927-31, 1989.
10. Siegel E, Baumen KE, Schaefer ES, et al: Hospital and home support in infancy: impact on maternal attachment, child abuse and neglect, and health care utilization. *Pediatrics* 66, 183-90, 1980.
11. Ian Roberts, Michael S Kramer, Suissa S: Does home visiting prevent childhood injury? A systematic review of randomized controlled trials. *BMJ* 312, 29-33, 1996.
12. Olds DL, Charles R. Henderson, Tatelbaum R, et al: Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics* 77 (1), 16-28, 1986.
13. Olds DL, Henderson C.R., Chamberlin R, et al: Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics* 78 (1), 65-78, 1986.
14. Olds DL, Kitzman H: Can home visitation improve the health of women and children at environmental risk? *Pediatrics* 86 (1), 108-116, 1990.
15. Milani P: "Mamma con noi" un servizio di sostegno alla famiglia nel periodo post-natale. *Rivista di Pediatria Preventiva e Sociale* 46 (2), 59-77, 1996.
16. Cirillo G: Prevenzione e assistenza ai bambini napoletani a rischio sociale: l'adozione sociale. In: *I bambini a rischio sociale: generazioni a perdere o investimento sociale*, a cura di Cirillo G, Siani P, Tamburlini G. Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli 1996.
17. Facchin P: Il trattamento di bambini e preadolescenti di famiglie a rischio sociale o multiproblematiche: ruolo del pediatra. In: *I bambini a rischio sociale: generazioni a perdere o investimento sociale*, a cura di Cirillo G, Siani P, Tamburlini G. Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli 1996.

18. Arsieri R, Cataffo RN, D'Antonio AM, et al: L'identikit del neonato a rischio sociale. *Quaderni ACP* 5/6, 12-3, 1995.

19. La Gamba P: I segni del disagio alla nascita. In: *I bambini a rischio sociale: generazioni a perdere o investimento sociale*, a cura di Cirillo G, Siani P, Tamburlini G. Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli 1996.

20. Perrault C, Coates AL, Collinge J, et al: Family support system in newborn medici-

ne: does it work? Follow-up study of infants at risk. *J Pediatr* 108, 1025-30, 1986.

21. Larson CP: Efficacy of prenatal and postpartum home visits on child health and development. *Pediatrics* 2 (66):191-7, 1980.

22. Kitzman H, Olds DL, Henderson CR Jr, et al: Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated child bearing. A randomized controlled trial. *JAMA*

278 (8), 644-52, 1997.

23. Sharon LH: Family-centered care. *Ped Clin North Am* 38 (6), 1545-61, 1991.

24. Gallio G: Lavoro territoriale e approccio di rete. *Medico e Bambino* 10, 67-71, 1997.



II SEMINARIO INTERATTIVO DI PEDIATRIA

3-7 giugno 1998

Pugnochiuso di Vieste, Gargano (Fg)

ASL FG/2, Ospedale Civile di Cerignola, FIMP Provinciale, Regionale, Nazionale

Il seminario, rivolto ai pediatri ospedalieri e di famiglia, è programmato su supporto elettronico per una interattività in parte collettiva (anonima) in parte personale (diretta), per consentire a ciascuno di comunicare insieme e coi Maestri della pediatria, per un processo di formazione, ognuno nella propria misura.

3 giugno

18.30 R. Burgio - Lettura magistrale

4 giugno

Confronto con i Maestri, incontro a tutto campo (coordina A. Ventura)

9.00 F. Panizon - Lettura magistrale

10.00 Sessione interattiva. Partecipano F. Panizon, R. Burgio, S. Auricchio, L. Giuffrè, F. Schettini, C. Romano, G. Mastella

GASTROENTEROLOGIA (coordina A. Ventura)

15.00 S. Auricchio - Lettura magistrale

16.00 Sessione interattiva: celiachia e dintorni; ipersensibilità alle proteine del latte; rialimentazione post-enteritica; patologia infettiva intestinale; colestasi; epatiti; DAR; addome acuto.

Partecipano S. Auricchio, L. Greco, S. Guandalini, G. Torre

5 giugno

IMMUNOLOGIA (coordina R. Burgio)

9.00 A.G. Ugazio - Lettura magistrale

10.00 Sessione interattiva: immunodeficienze; anafilassi; nuovi allergeni e nuove allergie; ingegneria genetica; immunostimolanti; corticosteroidi; Kawasaki; artrite reumatoide; prick test e RAST; laboratorio allergologico e immunologico.

Partecipano A.G. Ugazio, M. Bardare, G. Cavagni

PNEUMOLOGIA (coordina G. Mastella)

15.00 L. Armenio - Lettura magistrale

16.00 Sessione interattiva: il bambino a rischio d'asma; infezioni

respiratorie ricorrenti (gestione, diagnosi, terapia); il futuro del bambino con infezione respiratoria; infezioni respiratorie croniche; il wheezing: comportamenti terapeutici; nuovi farmaci dell'asma; basi fisiopatologiche della bronchite; valutazione del bambino asmatico; funzionalità respiratoria nel lattante e nel bambino non collaborante.

Partecipano L. Armenio, A.L. Boner, F.M. De Benedictis, E. Baraldi

6 giugno

INFETTIVOLOGIA (coordina F. Panizon)

9.00 N. Principi - Lettura magistrale

10.00 Sessione interattiva: antibiotici vecchi e nuovi; germi emergenti e antibiotico-resistenza; infezione urinaria e danno renale; HIV; il bambino febbrile: strategie operative; faringotonsillite.

Partecipano N. Principi, R. D'Elia, G. Longo, D. De Mattia

URGENZE (coordina F. Panizon)

15.00 C. Romano - Lettura magistrale

16.00 Sessione interattiva.

Partecipano L. Greco, S. Guandalini, F.M. De Benedictis, A.G. Ugazio, M. Bardare, G. Rizzoni, N. Principi, R. D'Elia

Segreteria scientifica:

A. Longo, Divisione di Pediatria, Cerignola, Tel. 0885/419453

Fax 0885/419406; e-mail a.longo@isnet.it

V. Del Vicario, Segr. Provinciale FIMP

G. Mele, Segr. Nazionale FIMP

Segreteria organizzativa:

Nuova Daunia srl, Via Piave 10, 71100 Foggia;

Tel. 0881/722126 - Fax 0881/709836