

Cure pediatriche: problemi e prospettive

Tratto da: Le Giornate di Medico e Bambino
Trieste, 8-9 maggio 1998

«...There is the need for a public health overview.
Who should know what is happening to health and health needs of
children? Who should observe changes and act on them?
Who should make sure that, for example, new and better immunization
schedules or health surveillance proposals are put into practice? Who
should decide what proposals should we put to purchasers for children's
services and how the money should be best spent?
And... does all this constitute a full-time job?»

David Hall, Professor of Paediatrics, University of Sheffield, 1997

Questo "miniforum" riporta, in forma sintetica, un confronto svoltosi nell'ambito delle Giornate di "Medico e Bambino" (Trieste, 8-9 maggio 1998). Da allora qualcosa si è mosso, e in particolare è stato (quasi, nel momento in cui andiamo in stampa) varato il Progetto Obiettivo Materno-Infantile previsto a completamento del Piano Sanitario Nazionale. Sul Progetto Obiettivo torneremo nei prossimi numeri. Per il momento si può dire che da una parte risponde, almeno in parte e in via di principio, alle preoccupazioni espresse da Tucci sui Dipartimenti e sull'area pediatrica, dall'altra rende ancora più urgente pensare ai ruoli di direzione che si rendono necessari e ai loro percorsi formativi, come sollecitato dal tema del confronto.

Una nuova figura: l'organizzatore delle cure

GIORGIO TAMBURLINI

Unità di Ricerca sui Servizi Sanitari, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

EVOLUZIONE DEI BISOGNI ED EVOLUZIONE DEI SERVIZI

Gli ultimi due decenni hanno visto un drammatico cambiamento nei bisogni di salute nell'età pediatrica, a cui ha risposto in modo inadeguato l'evoluzione dei servizi e della cultura degli operatori dedicati a questi problemi. Da un lato non vengono fornite adeguate risposte ai bambini con bisogni speciali e quasi nulla viene fatto sul piano della prevenzione della "nuova" morbosità; e dall'altro permane un'offerta ospedaliera pediatrica ipertrofica, soprattutto a livello degli ospedali di rete, e mal programmata sul territorio nazionale.

Tutto questo è imputabile sostanzialmente a due fattori: la frammentazione dei servizi per il bambino in tante monadi separate (ospedali di rete inseriti

nelle ASL, ospedali di riferimento autonomi, centri specialistici, pediatria di famiglia, servizi territoriali, servizi sociali ed educativi) e la carenza di strumenti culturali al passo con l'evoluzione dei problemi. Il tema, soprattutto sul versante organizzativo, è stato ampiamente trattato nel documento dell'ACP sui servizi, pubblicato su *Medico e Bambino* e sulle riviste pediatriche nazionali di maggior diffusione a fine 1998, a cui rinviamo. Il documento sottolinea che la risposta sul versante organizzativo esiste, ed è il dipartimento materno-infantile, attuato già in una parte del Paese, previsto dal piano sanitario e ora dal progetto obiettivo materno-infantile.

Tuttavia la sola risposta organizzativa non è sufficiente senza che si crei una cultura di salute pubblica del bambino e senza che questa cultura si con-

cretizzi in figure di direzione e coordinamento dei servizi sanitari per l'età evolutiva, sia territoriali che ospedalieri (per lo meno a livello di ospedali di rete).

Anche in altri Paesi europei, e indipendentemente dal tipo di organizzazione delle cure pediatriche, sono maturate esigenze simili (ben tratteggiate dalla citazione di David Hall a capo di pagina). Soluzioni si stanno realizzando o pensando in molti Paesi, dal Regno Unito al Portogallo. Qualcosa dovremmo pensare anche per la realtà italiana.

FUNZIONI DI UN "ORGANIZZATORE DI CURE" NEL CAMPO DELLA SALUTE DEL BAMBINO

Le funzioni di una tale figura derivano direttamente dall'elencazione delle carenze attuali dei servizi, già sinteticamente individuate. Dovrebbero essere sostanzialmente quelle di:

- sviluppare e promuovere tra gli operatori gli strumenti per una lettura unitaria dei problemi di salute, dalla nascita all'adolescenza, e quindi per una valutazione complessiva dei bisogni, nella loro evoluzione, e degli interventi effettuati;
- contribuire alla definizione degli obiettivi di salute per l'età evolutiva a li-

vello regionale e aziendale, e garantire il loro concreto perseguimento attraverso il coordinamento delle azioni dei vari servizi, ospedalieri e territoriali, per progetti specifici;

promuovere la formazione specifica mono o multidisciplinare nei settori emergenti;

coordinare le azioni dei servizi sanitari con quelli facenti capo ad altri enti (Comuni, scuola, associazioni) nell'ambito di accordi di programma in aree che richiedono una elevata integrazione sociosanitaria ed educativa.

Crede che ci si possa spingere a dire che senza una tale figura, che abbia una visione generale dei bisogni delle risorse, delle priorità e una conoscenza degli strumenti per la pianificazione e la realizzazione degli interventi, il Dipartimento Materno-Infantile rischia di produrre poca sostanza. Mentre, al contrario, con una tale figura con funzioni anche di puro coordinamento, si potrebbero fare notevoli passi avanti anche in assenza di un dipartimento strutturato. Il sapere specifico ha sempre fatto la differenza. In questo caso è un sapere specifico vero, che nasce da una combinazione di conoscenze specifiche dei problemi di salute tipici del bambino con le competenze tipiche della salute pubblica. Un profilo nuovo anche per la sanità italiana, carente in generale (e si vede) di specifiche competenze di salute pubblica, che viene tuttora ritenuta un'appendice un po' eterea dell'Igiene o un corollario del management.

RUOLO E PROFILO FORMATIVO

Il ruolo istituzionale di questo operatore potrebbe coincidere con il direttore-responsabile del dipartimento, se il DMI esiste; o con quello di coordinatore di specifici progetti-obiettivo all'interno di un dipartimento (nascita, bisogni speciali, adolescenza).

Il suo profilo formativo dovrebbe comprendere sia l'esperienza diretta nei servizi sanitari per il bambino, meglio se a diversi livelli (ospedale e territorio), sia una solida formazione in epidemiologia, salute pubblica e gestione dei servizi. Potrebbe dunque provenire dalle file dei pediatri ospedalieri, o da quelli di famiglia, o da quelli di comunità o anche dalle file di operatori sanitari per l'infanzia non pediatri. Ciò che conta è che risponda al profilo generale di competenze.

Dal punto di vista amministrativo po-

ELEMENTI COSTITUTIVI ESSENZIALI PER UN PERCORSO FORMATIVO NEL CAMPO DELLA SALUTE PUBBLICA DEL BAMBINO

1. ELEMENTI GENERALI

- epidemiologia descrittiva e analitica; basi della medicina basata sull'evidenza
- salute pubblica: determinanti sociali ambientali; esiti e loro indicatori; elementi di pianificazione; strategie di salute pubblica collettive e individuali; problematiche dell'accesso e della qualità dei servizi; organizzazione dei servizi sanitari e legislazione vigente
- metodologie di valutazione e di ricerca applicata alla salute pubblica e ai servizi
- metodologie di formazione del personale sanitario
- concetti e strategie di medicina di comunità
- elementi di economia sanitaria

2. ELEMENTI SPECIFICI

- epidemiologia dei problemi di salute nel bambino e nell'adolescente
- contesto sociale e salute del bambino; determinanti della salute e della malattia
- teoria della medicina basata sulle evidenze applicata alle strategie di prevenzione e di promozione
- organizzazione dei servizi per la maternità-infanzia-adolescenza e legislazione vigente
- prevenzione primaria delle malattie del bambino
- questioni connesse con la diagnosi, cura e riabilitazione delle disabilità
- diritti del bambino e protezione del bambino; strategie di child advocacy
- concetto di qualità della vita e sue applicazioni
- vantaggi e svantaggi di diverse strategie di intervento nel campo della salute per i bambini e le loro famiglie
- conoscenze e competenze specifiche e programmi di formazione e aggiornamento relativi

Tabella 1

trebbe svolgere questa sua funzione anche a mezzo tempo, mantenendo la sua funzione nei servizi, o a tempo pieno, nelle grandi ASL.

Ciò che è certo è che occorre che esista, pena dispersione di risorse e di opportunità per migliorare le cure e adeguare la cultura ai tempi. La stessa scommessa sui distretti ha bisogno di una direzione funzionale a livello aziendale, pena disomogeneità, diseconomie o qualità subottimale: i progetti non possono essere pensati e le azioni non possono essere coordinate se non a livello aziendale.

BISOGNI E POSSIBILI ITINERARI FORMATIVI

L'attuale distribuzione delle aziende territoriali o miste fa ritenere che il fabbisogno di figure professionali di questo tipo sia di circa 200 sul territorio nazionale. Di queste circa un quarto, o forse più, esistono già con queste funzioni (responsabili di DMI, coordinatori di progetto obiettivo nel campo della salute del bambino, referenti regionali). Molti richiedono, probabilmente in misura molto diversa uno dall'altro, di completare la propria formazione mentre per altri – la maggioranza – l'itinerario di formazione da svolgere dovrebbe

essere più completo. In conseguenza dell'impulso che sta ricevendo, finalmente, la costituzione dei dipartimenti e la formulazione di obiettivi aziendali nel campo della salute materno-infantile e di corrispondenti progetti coordinati, sembra che a una tale opportunità di formazione si debba provvedere in tempi rapidi.

Idealmente questo percorso formativo dovrebbe essere consolidato in una sorta di master o corso di perfezionamento, coordinato dal Ministero attraverso i suoi istituti di formazione e ricerca e le Regioni. Ma pare opportuno, anche per creare i presupposti culturali, i materiali formativi e gli stessi docenti di un tale percorso, di cui si indicano a titolo orientativo alcuni degli elementi costitutivi (Tabella 1), che si proceda da subito con alcune proposte di formazione che svolgano un ruolo pilota.

FORMAZIONE DEL PEDIATRA GENERALISTA IN EPIDEMIOLOGIA, SALUTE PUBBLICA E MEDICINA DI COMUNITÀ

Oltre a questo specifico percorso, destinato a un ruolo specifico, c'è anche la necessità di far crescere la cultura generale del pediatra negli stessi campi, anche per garantire capacità di par-

tecipazione alla definizione di obiettivi e di programmi. È un grave errore, e una forma di provincialismo, pensare che i temi della salute pubblica e della medicina di comunità debbano essere riservati all'indirizzo di pediatria di comunità. Esiste ormai, tra l'altro, un percorso avviato a livello europeo tra scuole di sanità pubblica e società di pediatria

per definire le linee guida per la formazione del pediatra in epidemiologia e salute pubblica, così come per un master in "child public health". Tali linee guida sono state recentemente delineate attraverso una vasta consultazione in tutti i Paesi europei tra pediatri esperti in programmi di salute pubblica e formazione. Alla individuazione e forma-

zione di figure apicali nel campo della salute pubblica del bambino (o materno-infantile, se si vuole, aspetto questo che richiederebbe una discussione specifica) occorre che si affianchi una più generale diffusione di conoscenze in merito da parte di tutti gli operatori coinvolti nei programmi di salute per il bambino, a cominciare dal pediatra.

Dall'area pediatrica al Dipartimento

PIER LUIGI TUCCI

Pediatra di famiglia, Firenze

IL QUADRO GENERALE

Devo esprimere innanzitutto soddisfazione per l'opportunità data a un pediatra di famiglia di partecipare a questo confronto. Dico subito che concordo con le linee generali della lettura proposta: la pediatria si trova oggi in Italia a dover dare risposte a problemi assistenziali nuovi, o meglio emergenti (vedi il bambino con malattia cronica, il bambino a rischio sociale ecc.), sia per il calo di altre patologie e sia per i migliorati livelli di cura. La gestione di questi malati richiede un approccio che non può esaurirsi nella sola capacità di risposta assistenziale del curante.

Concordo anche circa i criteri sui quali dovrebbe costruirsi una qualsiasi programmazione in ambito sanitario: individuazione dei bisogni per una successiva pianificazione degli interventi.

È inoltre vero, nell'esperienza attuale, che a una variazione di priorità dei bisogni e dei modi con cui dare le idonee risposte non corrisponde un'altrettanta rapidità nel modulare le risposte a livello organizzativo. Ricordo la proliferazione dei reparti pediatrici, ospedalieri e universitari, che per la loro rigidità ingessano, di fatto, le mobilità intrinseche del sistema.

Ricordo che tra gli obiettivi del programma "Salute per tutti nell'anno 2000" dell'OMS vi sono l'accentuazione del ruolo dei servizi territoriali e la tutela speciale per gruppi di popolazione

più vulnerabile o a rischio in un'ottica di promozione della salute.

Le soluzioni proposte sono dunque corrette da un punto di vista teorico, qualora si calassero in una situazione ideale. Così non è, e vi sono ostacoli di varia natura da superare per poterle applicare ora in Italia.

PROBLEMI DA SUPERARE

1. L'area pediatrica non è ancora realizzata

Una condizione secondo me irrinunciabile per parlare della figura ipotizzata da Tamburini è una netta separazione dell'assistenza rivolta al bambino rispetto a quella rivolta all'adulto: una concreta attuazione, cioè, dell'area pediatrica. Questa, definita come complesso di spazi e servizi adattati alle esigenze psico-affettive del bambino e della sua famiglia, e come complesso di prestazioni fornite da operatori, medici e diplomati, specificamente formati e preparati per soddisfare bisogni sanitari specifici, non è ancora pienamente realizzata. Né è ancora stabilita una volta per tutte l'età di competenza pediatrica (anche se il progetto obiettivo materno-infantile in via di ufficializzazione sembra fare dei passi concreti in questa direzione).

Non solo, ma nella fascia d'età che finora dovrebbe essere considerata di esclusiva pertinenza pediatrica perman-

gono ampie fasce di bambini che non sono assistiti dal pediatra a livello territoriale, e assistiamo a situazioni in cui ancora troppi bambini si ricoverano in strutture per adulti.

Il principio per il quale il bambino non deve adattarsi a condizioni non appropriate per motivi estranei alle sue condizioni (leggi, regolamenti, aspetti organizzativi, esigenze di sopravvivenza di categorie professionali) non è ancora accolto da politici e da amministratori. Inoltre non è ben definito il rapporto tra l'area pediatrica, così come definita dal Piano Sanitario Nazionale, il modello organizzativo e il modello economico. Una volta infatti che sia chiaramente stabilito quanti cittadini sotto x anni afferiscono all'area pediatrica, il passaggio logico conseguente sarebbe la quantificazione del budget assegnato per l'assistenza pediatrica, anche ai fini della successiva allocazione delle risorse in funzione dei bisogni. Il sistema di finanziamento attuale è per quota capitaria (più o meno pesata). Quindi: numero di bambini moltiplicato per il valore della singola quota capitaria uguale budget complessivo per l'assistenza pediatrica, separata e disgiunta da quella di tutti gli altri cittadini. Sottolineo questo aspetto perché attualmente non è prevista questa netta separazione, anzi i risparmi o il non utilizzo di parte dei fondi spettanti alla pediatria sono dirottati su altre voci (vedi assistenza all'anziano) e non reinvestiti su carenze assistenziali del bambino da sanare.

2. Va ridefinita la distribuzione delle risorse

Il secondo nodo problematico è l'allocazione delle risorse in funzione dei bisogni, punto nodale della legislazione sanitaria attuale.

I DL 502/92 e 517/93 hanno introdotto modifiche alle regole di base del sistema, volte a promuovere livelli più elevati di responsabilizzazione.

Il processo di aziendalizzazione e l'obiettivo del raggiungimento del pareggio nel bilancio hanno accentuato la verticalizzazione dei livelli di responsabilità per un miglior controllo e gestione del sistema azienda.

In ogni fase della programmazione sanitaria e a ogni livello è entrata prepotentemente la farmacoeconomia.

Ci si potrebbe quindi aspettare che ci siano tutte le premesse metodologiche per applicare il percorso virtuoso precedentemente detto: partire realmente dai bisogni, sui quali costruire i percorsi assistenziali e sui quali impostare le risposte rispetto alle funzioni, alle attività e ai compiti, a livello organizzativo e strutturale.

Purtroppo attualmente non sempre è così: esaminiamo ad esempio il versante ospedaliero. È indubbio che viva un momento di crisi: i nuovi criteri di valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri e delle cure hanno portato grossi scompigli, il pagamento basato sui DRG ha innescato spesso comportamenti non proprio virtuosi al fine di essere attivi o in pareggio. I troppi punti nascita, con troppo poche nascite, o l'utilizzo improprio del day hospital, o l'essere o meno costituiti in Aziende Ospedaliere, sono tutte variabili portatrici di molti rischi. Come è stato già detto, c'è un sovradimensionamento dei reparti ospedalieri di rete e si potrebbe discutere anche di quelli di livello superiore. Ma non è facile chiudere un reparto o un ospedale. Chi ha il potere politico e ha il compito della programmazione spesso resta prigioniero della sua stessa base elettorale e media trovando soluzioni di compromesso che aggiungono problemi a problemi non risolti, così come anche chi, come il Direttore Generale, teoricamente dovrebbe avere il potere gestionale si muove all'interno di tanti vincoli che rendono difficile, e talvolta impossibile, gestire correttamente le risorse all'interno di una programmazione.

Il nuovo piano sanitario nazionale prevede, tra le azioni da privilegiare, la riduzione dell'ospedalizzazione in età pediatrica, e la razionalizzazione dell'offerta di servizi ospedalieri e distrettuali superando l'offerta ospedaliera impropria; individua inoltre la necessità di una riallocazione delle risorse dai settori caratterizzati da un'offerta in eccedenza ai settori non sufficientemente rappresentati, in particolare spostando le risorse dall'ospedale al territorio. Obiettivo giusto. Realizzazione, alla luce di quanto esposto, problematica.

L'ORGANIZZATORE DELLE CURE PEDIATRICHE: DIRETTORE O COORDINATORE?

Questa lunga riflessione mi porta a discutere dell'ipotizzata figura di un coordinatore-responsabile dell'area pediatrica. Intanto i due termini non sono equivalenti: per coordinatore intendo chi coordina funzioni e attività già orientate e scaturite dai bisogni, allo scopo di garantire l'omogeneità e il rispetto dei percorsi assistenziali; per responsabile intendo chi ha anche la capacità di modificare le funzioni e le strutture funzionali.

Viene quasi automatico collegare questa distinzione ai due tipi di dipartimento: a seconda che questa struttura funzionale sia di coordinamento di procedure operative, o di direzione di attività il suo direttore ha funzioni di coordinazione o di direzione.

Allora l'area pediatrica s'identifica col dipartimento materno-infantile? E in caso di risposta affermativa, con quale tipo di dipartimento? Questo mi sembra molto problematico. A meno che intanto non si separi la parte materna (che riguarda una minima parte della salute della donna) dalla parte infantile. Dovremmo avere il coraggio di affermare che, al di fuori del percorso della gravidanza e del parto, sono due mondi e realtà con problemi diversi, che vanno affrontati e risolti in modo diverso. E, se per motivi formali deve esistere ufficialmente un dipartimento con un trattino tra materno e infantile, questo deve strutturarsi al suo interno in modo autonomo per l'assistenza all'infanzia e all'età evolutiva. Così sarebbe più facile risolvere il problema della necessità di presenza di figure specificamente formate per seguire il bambino (neuropsichiatri infantili, psicologi ecc.), e si potrebbero meglio definire i criteri di rappresentatività in funzione dei livelli di responsabilità nel percorso assistenziale. Quest'ultimo punto è nodale per i pediatri di famiglia, perché al loro ruolo predominante nella tutela sanitaria nel bambino non ha mai corrisposto un corrispondente peso rappresentativo. Anche quanto correttamente previsto dall'ultimo contratto nazionale («coinvolgimento del pediatra nell'organizzazione distrettuale e sua partecipazione nelle attività delle Aziende Sanitarie, anche per il perseguimento dei progetti obiettivo attraverso l'individuazione di idonei livelli di rappresentatività nei momenti programmatori e gestionali riguardanti

l'area pediatrica al fine di pervenire a una più appropriata definizione dell'intervento sanitario») rischia di rimanere lettera morta.

Se questo dipartimento infantile deve essere l'equivalente dell'area pediatrica, un problema in più che si può porre in alcune aziende riguarda il coinvolgimento o meno delle aziende ospedaliere autonome, spesso con un bacino di utenza interaziendale, con una strutturazione del bilancio non legato a quota parte della quota capitaria, ma al pagamento di tariffe secondo le prestazioni vendute.

Per le aziende ospedaliere con forte presenza universitaria si aggiungerebbero ulteriori problemi di dialogo e di confronto con un potere forte. La presenza delle aziende autonome condiziona pesantemente l'operatività di un dipartimento infantile, non fosse altro perché mentre una diversa allocazione delle risorse tra territorio e ospedale non modifica il bilancio dell'ASL, lo stesso meccanismo, da azienda ospedaliera ad azienda USL, comporta una perdita nel bilancio, cioè l'opposto degli obiettivi aziendali.

Sembrerebbe più facile coinvolgere le aziende ospedaliere autonome nella costituzione di dipartimenti materno-infantili ospedalieri, un sistema cioè in rete con al centro il III livello e ad esso collegati gli ospedali territoriali su bacini di riferimento più o meno estesi. Talvolta c'è il sospetto che l'integrazione funzionale serva più a coprire il deficit delle strutture di III livello attraverso l'assegnazione di un budget complessivo da dividersi che a realizzare una vera integrazione funzionale.

Questa figura poi, se equivalente al direttore del dipartimento, con buona pace dell'ipotesi di Tamburlini, non potrà mai essere un pediatra di famiglia o un pediatra consultoriale, o di comunità: sarà sempre e comunque una figura dirigenziale di II livello delle Unità operative, perché così prevede il modello organizzativo attuale del dipartimento.

Se abbandoniamo l'ipotesi dell'identità fra direttore di dipartimento materno-infantile e responsabile dell'area pediatrica, si può forse meglio identificare una figura che, indipendentemente dalla costituzione dei dipartimenti materno-infantili, abbia alcune delle competenze citate da Tamburlini, e che operi a livello aziendale come facente parte dello staff del direttore sanitario, cooperando con lui per gli aspetti più specifici dell'assistenza al bambino. In questo caso

potrebbe essere chiamato qualsiasi pediatra che abbia le competenze richieste, e quindi anche pediatri di famiglia o di comunità, e potrebbe essere anche un incarico a rotazione tra varie figure professionali. Alcune esperienze pilota nel campo della medicina generale potrebbero essere riprese anche in funzione del pediatra di famiglia.

Una sua collocazione a livello più basso (distretto) urta, viceversa, contro la presenza, di dimensioni varie da regione a regione, dell'ampiezza dei distretti, e non tiene conto che i nostri accordi attuali prevedono una presenza attiva del pediatra di famiglia nell'organizzazione dell'attività distrettuale, assegnandogli compiti anche di pediatria di comunità («partecipazione del pediatra di famiglia all'individuazione e al perseguimento degli obiettivi del distretto»).

IL PROBLEMA DELLA FORMAZIONE

Torna allora prepotentemente in campo il problema formativo. Io personalmente mi ritrovo nelle considerazioni fatte dallo stesso Tamburlini nel corso della tavola rotonda del congresso SIP di Montecatini (1996), che la cultura delle cure primarie debba essere presente di diritto e pregnare tutto il triennio di pediatria generale piuttosto che essere confinata all'indirizzo di pediatria di comunità, gettando quindi le premesse per un allargamento della base interessata e disponibile a queste funzioni.

Di quanti pediatri con queste competenze ci sarebbe necessità in Italia? Se considero la dimensione delle aziende, uno per azienda corrispondono a meno di 200. Per un numero così ridotto, e se rientrasse in futuro nei profili profes-

sionali del SSN, potrebbe farsi carico di programmare corsi di perfezionamento, per i pediatri individuati dalle aziende e/o dalle Regioni, il Ministero della Sanità, anche attraverso l'Istituto Superiore di Sanità.

Ma prima di arrivare a ipotesi formative collegate a specifici ruoli professionali, ritengo che ci sia bisogno di riflessioni molto più approfondite e di verifiche di fattibilità molto più concrete, che richiederanno sicuramente ancora molto tempo. Ma, se si accenna a una dimensione europea, visto che ci siamo e che dobbiamo promuovere e valorizzare le proprie specificità nazionali, penso che prima ancora di trovare un accordo su un progetto formativo comune per questa eventuale figura, dovremmo cercare il riconoscimento europeo della figura del pediatra di famiglia.

Trieste, Stazione Marittima, 7-8 maggio 1999

LE GIORNATE DI MEDICO E BAMBINO

Venerdì 7 maggio

- 9.00 TAVOLA ROTONDA: INFEZIONI '99 modera *F. Panizon*
Malattia da graffio di gatto *G. Maggiore*
Bambini e AIDS *M. De Martino*
Vermi e parassiti *L. Di Martino*
- 10.30 L'EDITORIALE di *Giorgio Tamburlini*
- 10.50 SCHEDE: UNA MALATTIA, UN ANTIBIOTICO
conduce *F. Marchetti*
Infezione urinaria *M. Pennesi*
Osteite *M. Candusso*
Polmonite *S. Martellosi*
- 11.30 Coffee-break
- 12.00 LA PAGINA GIALLA
Commenti dalla letteratura *A. Ventura*
L'articolo dell'anno letto dall'Autore
- 13.00 Colazione di lavoro
- 14.30 SCAMPOLI modera *F. Panizon*
Lo strano caso di ... *F. Massei*
- 14.50 MEDICINA E SOCIETÀ: CHIAROSCURSI SU
SANITÀ, MALASANITÀ, BUONASANITÀ
G. Tamburlini, N. D'Andrea, G. Milano, P. Longo, A. Bontan
- 16.15 Coffee-break
- 16.45 L'EDITORIALE di *Dante Baronciani*
- 17.00 DOMANDE E RISPOSTE IN DIRETTA
IN TEMA DI: CHIRURGIA PEDIATRICA
A. Messineo
- 18.00 *G. Longo* e *G.C. Biasini* commentano
una selezione di poster
- 18.45 Chiusura dei lavori

Sabato 8 maggio

- 9.00 LA RUBRICA ICONOGRAFICA *F. Longo*
modera *F. Panizon*
- 9.15 OLTRE LO SPECCHIO: Si può educare ad educare?
M. Russo, W. Grosso
- 10.30 Coffee-break
- 10.50 L'EDITORIALE di *Franco Panizon*
- 11.10 TAVOLA ROTONDA: ALLERGIA ALLE PROTEINE
DEL LATTE: IERI, OGGI, DOMANI
F. Panizon, G. Iacono, A. Ventura
- 12.15 ASSEMBLEA DEGLI ABBONATI
La discussione sarà aperta con la presentazione
dei risultati del sondaggio di gradimento delle singole
rubriche. Il relativo questionario sarà distribuito
la mattina del venerdì.
- 13.30 Fine dei lavori

COMUNICAZIONI SCIENTIFICHE

Si invitano i partecipanti a inviare contributi originali (sotto forma di abstract di una cartella) per la sezione poster. Il termine ultimo per la presentazione dei contributi è il 31 marzo 1999.



SEGRETERIA SCIENTIFICA

Il Comitato Scientifico di *Medico e Bambino*:
Franco Panizon, Giorgio Longo, Paola Rodari,
Giorgio Tamburlini, Alessandro Ventura

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Quickline Congressi
via S. Caterina 3 - 34122 TRIESTE
Tel. 040 / 773737 - 363586
Fax 040 / 7606590
e-mail: quick@trieste.com