

Esiste uno spazio per l'intervento preventivo nelle condizioni di rischio sociale? Le esperienze internazionali

FRANCO PANIZON, ALFREDO MENDOZA
Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

Il lavoro contiene un'analisi sintetica della letteratura che tratta le evidenze obiettive di interventi sperimentali di tipo preventivo, orientati a modificare il destino possibile di bambini svantaggiati: effetti misurabili sul quoziente intellettuale, sui rapporti madre/bambino, sul maltrattamento, sul comportamento violento. Queste sperimentazioni ci dicono che qualcosa si può fare.

Il mondo è pieno di ingiustizie, ma l'ingiustizia non può essere tollerata. Non c'è dubbio che l'ingiustizia, anzi la sopraffazione, sia stata la regola che ha governato il mondo antico e moderno; anzi, che ha tenuto per mano lo sviluppo della civiltà: dalle prepotenze di Davide a quelle di Agamennone, alla crocifissione di Spartaco, a quella di Gesù, all'inqiustizia, ai massacri dei Mori, degli Albighesi e dei Giudei, allo sterminio degli Aztechi, degli Incas, dei pellirosse, allo schiavismo, allo *jus primaie noctis*, all'oppressione sull'operaio nella Rivoluzione Industriale, all'Apartheid.

Oggi, tuttavia, l'idea stessa di ingiustizia, almeno quando ci cade sotto gli occhi, è diventata insopportabile; ogni ingiustizia ferisce ciascuno di noi e ce ne fa corresponsabile.

Ci sono ingiustizie apparentemente "inevitabili", che non per questo ci feriscono meno; o quelle dovute al gene o al caso (il bambino con un handicap prenatale o acquisito), quelle legate alla situazione familiare (il figlio di madre con deficit intellettuale, il bambino negletto e battuto, il bambino sfruttato); quelle legate alla situazione socio-politica del Paese in cui si nasce (il bambino delle bidonville, delle Favela, dello Zen, del sottosuolo di Bucarest, del campo profughi). Ma non c'è ingiustizia che almeno in linea di principio (e di speranza) non possa essere corretta. Per alcune di queste ingiustizie, quelle che riguardano singoli bambini o minoranze svantaggia-

ARE THE CONSEQUENCES OF SOCIAL RISK PREVENTABLE? INTERNATIONAL EXPERIENCES (*Medico e Bambino* 18, 438-441, 1999)

Key words

Child health, Social risk, Prevention programmes, Intelligence, Behaviour

Summary

The Authors review and discuss the scientific evidence deriving from both descriptive and intervention studies regarding the preventability of the consequences of social disadvantage. The endpoints considered are development, intelligence, behaviour and ultimate social outcome. Although studies are very heterogeneous and results are variable, there is sufficient evidence to show that the future of children at social risk can be successfully improved by early, continuous, social and emotional support to children and to their mothers. Paediatricians should be aware of these needs as well as of these opportunities.

te, specialmente se si verificano nei Paesi ricchi, sembra inevitabile che il pediatra le consideri come fatto proprio.

Parlare in questi termini, o di queste cose, può sembrare ingenuo e quasi indecente in una società in cui sembra che tutto possa ridursi, per chi se lo può permettere, al principio del piacere; e, per gli altri, al principio della necessità. Eppure le cose stanno così: se il pediatra ha scelto di occuparsi della salute dei bambini (che non sono solo gli esseri deboli dell'oggi, ma anche il seme della società del domani) non può non sentire tutti questi problemi come suoi, come malattie che è chiamato a curare. E d'altra parte l'idea stessa di lasciare che le cose vadano come vanno non è degna dell'uomo.

Cercheremo ora di rispondere, con alcuni assunti, con alcune evidenze acquisite, e infine con un inventario delle sperimentazioni formali consegnate alla letteratura, alla domanda (che rappresenta la premessa scientifica di qualunque azione) se, per correggere queste ingiustizie sul nascere, qualcosa che gli uomini possono fare possa esser fatto.

Assunti

I seguenti assunti (che sono in realtà le ipotesi di lavoro di questo contributo) rappresentano il presupposto che giustifica un intervento socio-economico preventivo:

a) che l'intelligenza, il comportamento, le possibilità di successo siano modificabili mediante un intervento attivo;

- b) che quanto più precoci saranno gli interventi tanto più consistenti saranno i risultati;
- c) che intervenire sia possibile;
- d) che intervenire sia doveroso.

Evidenze

Esiste una serie di evidenze ricavate dall'etologia e dalla storia dell'uomo, e alcuni rilievi epidemiologici che sembrano dare una risposta affermativa agli assunti-ipotesi appena enunciati:

a) Ereditabilità e modificabilità dell'intelligenza

A monte di tutto sta una constatazione, basata sullo studio dei gemelli adottati ed educati in contesti differenti: dal 70% all'80% della loro personalità, dall'intelligenza all'atteggiamento nei riguardi della vita, alle capacità sociali, è dovuto al DNA¹. Ma c'è un 20-30%, che non è certo poco, che è modellato dalla vita: dall'educazione, programmata o involontaria, che la vita esercita su di noi; e anche, più banalmente, da fattori nutrizionali, dalla qualità del latte (materno/artificiale)² alla povertà di ferro^{3,4,5} e di vitamine^{6,7}, alle abitudini materne in gravidanza con conseguenze che vanno dalla sindrome feto-alcolica al deficit intellettuale e al disturbo comportamentale da fumo materno^{8,9}.

b) Effetti dell'ambiente sul comportamento e sul successo sociale

Partiamo dall'aneddotico e dall'osservazione etologica, in seno a cui troviamo però indicazioni forti sulla modificabilità della natura umana e animale^{10,11}, sugli effetti dell'allevamento collettivo (il comportamento dello schiavo, del giannizzero, rapito da bambino e allevato come soldato, del ragazzo cresciuto nel kibbutz, del lattante cresciuto nel brefotrofo), su osservazioni occasionali straordinarie (le ragazze-lupo allevate da non-umani), sull'effetto, nei primati, della educazione da madre di alto rango, o viceversa, del maltrattamento precoce¹². Arriviamo poi alle osservazioni sull'effetto di indicatori sociali negativi: il figlio di una teen-ager nubile, fumatrice, disoccupata, povera, ha un rischio 19 volte maggiore di delinquere¹³ rispetto alla media; l'aver subito violenza è il principale fattore di rischio di comportamenti dissociali^{14,18}; ma anche ogni tipo di disordine e di infelicità familiare produce un incremento significativo delle difficoltà sociali^{19,20}. Peraltro anche fattori non relazionali, e quindi teoricamente correggibili con interventi semplici, co-

me (ancora!) il fumo materno in gravidanza, possono condizionare le future capacità di successo, di socializzazione di comportamento, forse anche di intelligenza²¹.

c) Effetti dello svantaggio sociale sull'accesso alle risorse

Più in generale, va sottolineato che lo svantaggio sociale produce effetti immediati, misurabili, sull'accesso alle risorse della società, effetti che moltiplicano l'handicap di partenza¹⁹: il debole diventa più debole, e questo si traduce anche in termini di mortalità in età adulta²².

Sperimentazioni

Cerchiamo ora di fare un inventario dei tentativi sperimentali di modificare, mediante interventi volontari, un "destino atteso". Tentativi che, diciamo subito, sono stati coronati più spesso da insuccesso che da successo (ma per dimostrare che una cosa è possibile importano i successi; gli insuccessi dimostrano solo che quella cosa è difficile). Tentativi, aggiungiamo, che hanno i caratteri sia positivi che negativi di una sperimentazione controllata; positivi perché posseggono i crismi della scientificità; negativi perché un conto è la sperimentazione, un conto è l'applicazione routinaria sul campo.

Non si può fare a meno, inoltre, di sottolineare, con un po' di pessimismo, che la maggior parte dei risultati positivi più recenti è stata ottenuta da un solo gruppo, quello di Elmira, a cui si riferiscono ben 7 delle citazioni bibliografiche di questo lavoro, e che, dopo una trentina d'anni di sperimentazioni "riuscite", assai poco si è stati capaci di travasare sul campo; e che altra cosa è l'entusiasmo della sperimentazione e altra è la ripetitività della routine. Forse anche questo non è del tutto vero, ma è certo che l'utopia del cambiamento "a partir dal niño", che ha attraversato il mondo negli anni dai Sessanta agli Ottanta, è finita in sordina, forse soffocata dai clamori "realistici" riguardanti il mercato, il benessere e il PIL.

Cercheremo di svolgere la materia in modo analitico, rispondendo a domande specifiche.

a) È possibile, mediante specifici programmi educativi, influire sul livello di intelligenza di bambini nati in situazioni svantaggiate?

La risposta è sì, se l'intervento è precoce; mentre non esistono risposte (e sono, in termini di probabilità, negative)

al quesito se si può "guadagnare" nei punteggi di intelligenza con interventi ad hoc sui bambini normali, non a rischio.

Le situazioni svantaggiate sono essenzialmente una, la povertà, che spesso si sposa a un basso livello culturale e intellettuale della famiglia, a volte con un'effettiva situazione di deficit intellettuale. Si tratta di una "ingiustizia inevitabile": infatti, a dispetto di tutti i detrattori della validità dei test mentali, ai quoti intellettuali bassi si associano situazioni di lavoro a bassa redditività, ovvero di disoccupazione, ovvero di povertà.

Nel 1965, negli USA, un intervento prescolastico, voluto dall'allora presidente degli Stati Uniti, Johnson, nell'utopistica idea di sviluppare la "Grande Società" (progetto "Head Start") sui bambini dei ghetti neri, dà luogo a risultati statisticamente modesti, in termini di QS e di successo.

Pochi anni dopo, Huber e Garber²³, a Milwaukee, iniziano un esperimento più radicale, anticipando l'età dell'intervento, e agendo su una popolazione ristretta (30 bambini) a rischio intellettuale molto alto (madre con IQ<80): si trattava semplicemente di fornire, fino a 15 mesi, una presenza diversa dalla madre, e a partire dai 15 mesi, un intervento educativo-cognitivo più articolato; il gruppo trattato presentava, a 6 anni di età, circa 40 punti di QS più dei bambini del gruppo di controllo, con una media di 125 contro una media di 85!

Risultati così cospicui non sono mai più stati ottenuti, forse anche perché un programma così impegnativo non era facilmente ripetibile; tuttavia il progetto di Milwaukee, protratto fino al 1988²⁴, e il successivo progetto IHDP ("Infant Health and Development Project") hanno sostanzialmente confermato che una delle cause maggiori di ritardo mentale, cioè l'esser figlio di madre ritardata, è teoricamente eliminabile²⁵ attraverso un intervento di day-care sul bambino²⁶ o, con molto maggiore difficoltà, attraverso un'educazione intensa e protratta attraverso la madre^{27,28}.

Tentativi più economici sono stati fatti a Gerusalemme (Lombard, "School at home"), e poi ancora negli Stati Uniti (progetto "Home start"): si tratta di visite domiciliari, settimanali, per "educare le madri", o giornalieri (un'ora per bambino). Con quest'ultimo tipo di intervento, promosso dal National Institute for Mental Health, Washington, si ottenne un guadagno molto inferiore rispetto allo studio di Huber ma pur sempre alquanto significativo (10-15 punti)²⁹.

Esperienze meno formalizzate, meno mi-

rate (il travaso nella routine, il tentativo di trasformare le sperimentazioni in progetti sostenibili) e ancora più economiche hanno dato risultati soggettivi incoraggianti ma non misurabili (anche perché non disegnate per esser misurate): in questo caso è il bambino che, per un'ora al giorno, in turni successivi che permettono un'educazione per piccoli gruppi con un personale numericamente limitato, viene portato dalla mamma in un "Centro per lo sviluppo del bambino" (Mount Vernon); oppure è la televisione (anni Settanta, negli Stati Uniti, "Sesame Street") che mette in onda un programma educativo-cognitivo destinato ai bambini tra i 2 e i 3 anni³⁰.

L'utopia di innalzare il livello cognitivo di un'intera popolazione (probabilmente sbagliato) è stata rincorsa in Venezuela, dove nel 1979 è stato creato il "Ministero per lo sviluppo dell'intelligenza", che ha messo in opera, sotto la spinta di un medico, il dottor Luis Machado³⁰, attraverso un sistema di formazione dei formatori, e di successiva applicazione in tutte le scuole, quello che Skinner ha definito «uno dei più grandi esperimenti sociali di questo secolo». Sempre in Venezuela, e sulla stessa linea di pensiero, 10 anni dopo, un altro medico, Beatriz Marique, ha fatto partire il "Projecto Familia", il «cambio a partir dal niño», «con la speranza de un cambio profundo y positivo para la humanidad», introducendo un modello multifattoriale di educazione, nutrizione e salute, mirato alle famiglie in formazione, sostenuto dal volontariato, da audiovisivi, da interventi di stimolazione del linguaggio sui bambini del primo anno di vita³¹. Dei risultati di questi progetti un po' "sovietici" di intervento sulla natura umana, non siamo stati capaci di sapere; sospettiamo che si siano perduti nel travaglio politico del Sud-America.

b) È possibile, mediante programmi di intervento pre-post natale su gravide in situazioni di rischio sociale e/o di deficit intellettuale, ottenere un miglioramento nei rapporti madre-bambino e un conseguente miglioramento delle performance di quest'ultimo?

La risposta è ancora sì; a patto però che l'intervento sia impegnativo, completo, e mantenuto nel tempo. Il target è la gravida in situazione di rischio sociale (single, teen-ager, povera, tossico-dipendente e via così). Il modello più seguito è quello delle visite domiciliari. Le esperienze sono numerose, e anche effettuate su larghi numeri.

Gli interventi di mero supporto sociale, con contatti limitati al periodo prenatale, sono risultati poco efficaci, sia su parametri fisici (durata della gravidanza, peso alla nascita)

che su parametri affettivo-comportamentali (Denver, Manchester, Londra, Danimarca), o marginalmente efficaci (Elmira, NY)^{31,32}. Gli interventi di tipo educativo (insegnare alla madre a rapportarsi al meglio col figlio), hanno dato risultati poco significativi (New York City, Bermuda, Montreal), eccetto che in una sperimentazione (Kingston, Jamaica)³³ in cui si ottenne un "guadagno" di 11 punti in media di QS nel gruppo sottoposto a intervento. Occorre, perché l'intervento sia efficace, che sia globale, coinvolgente, "ecologico", di educazione, empatia, amicizia e sostegno sociale, che comporti l'individuazione dei problemi, l'aiuto a risolverli, la ricerca e la promozione di altre risorse familiari, qualcosa insomma che corrisponda a una vera alleanza personale. Le sperimentazioni così condotte (Seattle, Elmira)^{34,35} hanno portato a un guadagno medio di 10 punti di QS a Elmira e 9 punti a Seattle) e a significative modificazioni del comportamento.

c) È possibile, intervenendo su gravide a rischio sociale, prevenire il maltrattamento sul bambino e indurre un comportamento positivo nella madre?

La risposta è ancora una volta sì, ma ancora una volta solo a prezzo di un impegno costante.

Risultati negativi si sono avuti a Denver e a Greensboro; risultati positivi nel progetto Elmira³⁶, con dimezzamento (da 10% a 5%) dei casi di "neglect" nel gruppo sperimentale rispetto al controllo, con riduzione a 1/3 (da 19% a 4%) dei casi di maltrattamento fisico, e con un aumento dell'attività lavorativa della madre (+82%) e un dimezzamento del rischio di nuove gravidanze. Anche sul fumo di sigaretta della madre, e sul conseguente effetto misurabile, di circa 5 punti, sul QS del bambino, il gruppo di Elmira ha ottenuto un effetto misurabile³⁷.

In conclusione, le cose non basta volerle fare; niente è automatico, tanto meno l'effetto di un programma di visite domiciliari. Occorre professionalità, entusiasmo e capacità di autovalutazione.

d) Infine è possibile, con interventi mirati sulla famiglia o sui ragazzi, prevenire comportamenti pericolosi o violenti?

Sì, in interventi mirati, con risultati valutabili nel breve termine; il che vuol dire che le premesse teoriche esistono, ma che l'effetto positivo non può essere garantito.

Le ricerche in questo campo sono molto numerose, e riguardano per lo più situazioni limite, specialmente quelle che si possono in-

contrare nei ghetti etnici delle città statunitensi: il porto e l'uso delle armi da fuoco, il crimine, la capacità di affrontare situazioni conflittuali in maniera pacifica^{38,42}, l'educazione in famiglia⁴³, il bullismo⁴⁴.

Dunque, si può fare qualcosa, con strumenti che hanno a che fare col lavoro medico in senso lato, e in ispecie col lavoro medico-assistenziale pediatrico, per modificare, partendo dal bambino, la qualità della vita, anzi, "la vita" dell'adulto.

Questo qualcosa è troppo poco? Appena sufficiente? Sufficiente? Dipende dalle motivazioni.

Ci sono comunque risposte positive al terzo assunto: si può fare qualcosa. Queste risposte rappresentano un imperativo per il terzo assunto: se si può, si deve.

Ma chi lo farà? È un quesito vile, che tende ad allontanare il calice, ma ci sono risposte semplici.

Ognuno, nella propria professione, dovrà sapere che si può intervenire, nei casi che si trovasse a gestire (che non dovrebbero essere tanto pochi, se è vero che il 3% della popolazione ha un $QI < 75$); chi si occupa, praticamente, di Public Health (sarebbe uno dei compiti della tanto menzionata pediatria di comunità) dovrà sapere di dovere e di poter intervenire; le famiglie multiproblematiche sono in genere ben conosciute dai servizi assistenziali, e spesso basta una visita domiciliare per individuare le situazioni di rischio sociale su cui esercitare sorveglianza e intervento⁴⁴. In nessuna occasione più che in questa la necessità di una correlazione tra sociale e sanitario è tangibile; questo bisogno, e dunque questo impegno, dovrà essere uno dei punti saldi del programma di governo che tanto promette per l'infanzia⁴⁵.

È dunque, ancora una volta, prima di tutto, un problema di cultura; un problema di cose che "bisogna sapere".

Bibliografia

1. Eysenck HJ, Kamin L: Intelligence: the battle for the mind Multimedia Publication Inc Willemstadd (Curacao) 1981. Trad. italiana: *Intelligenti si nasce o si diventa?* Laterza 1982.
2. Lucas A, Morley R, Cole TJ, et al.: Breast milk and subsequent intelligent quotient in children born preterm. *Lancet* 339, 261, 1992.
3. Parks YA, Wharton BA: Iron deficiency and the brain. *Acta Paediatr Scand*, Suppl 361, 71, 1989.
4. Pollitt E: Iron deficiency and education deficiency. *Nutr Rev* 55, 133, 1997.

5. Vullo C: La carenza di ferro, parte seconda. *Medico e Bambino* 17, 359, 1998.
6. Shentaler S: Brain and vitamins. *Lancet* 337, 728, 1991.
7. Benton D, Roberts G: Effect of vitamins and mineral supplementation on intelligence of a sample of schoolchildren. *Lancet* 1, 23, 1988.
8. Olds DL, Henderson CR, Tatelbaum R: Intellectual impairment in children of women who smoked cigarettes during pregnancy. *Pediatrics* 93, 22, 1994.
9. Dews CD, Murphy CC, Yearguin-Allsopp M, et al: Relationship between mental retardation and maternal smoking during pregnancy. *Pediatrics* 97, 33, 1996.
10. Chauvin R, Muckensturm-Chauvin B: *Le monde animal et ses comportements complexes*. Librairie Plon, Paris, 1997. Trad italiana: *Il comportamento degli animali*, Laterza 1978.
11. Lorenz K: *Das Wirkungsgefuege der Natur und das Schicksal des Menschen*. Piper & Co Verlag, Munchen 1978. Trad italiana: *Natura e destino*, Mondadori, Milano, 1985.
12. Goodall J: Trough a window: thirty years with the chimpanzees of Gombe, G Weidenfeld & Nicholson Ltd, London, 1990. Trad it: *Il popolo delle scimmie*, Rizzoli 1991.
13. Conseur A, Rivara FP, Bornoski R, Emelel I: Maternal risk factors for later delinquency. *Pediatrics* 99, 785, 1997.
14. Larsson JO, Aurelius G, Nordberg I, et al: Home visiting the newborn baby as a basis for developmental surveillance at child welfare centers. *Acta Paediatr* 85, 1450, 1996.
15. Lansky MR: Family genesis of aggression. *Psychiat Ann* 23, 494, 1993.
16. Hall D, Linch MA: Violence begins at home. *BMJ* 316, 1551, 1998.
17. Song L, Singer MI, Anglin TM: Violence exposure and emotional trauma as contributor to adolescen's violente behaviors. *Arch Pediatr Adolesc Med* J 152, 5531, 1997.
18. Facchin P: Epidemiologia della violenza. *Medico e Bambino* 16, 303, 1997.
18. Hartrup T: Divorce and mental strife and their effect on children. *Arch Dis Child* 75, 1, 1996.
19. Lewranson F: Runaway children: whose problem? *BMJ* 314, 1064, 1997.
20. Weizman M, Gortmeker S, Solol A: Maternal smoking and behavior problems of children. *Pediatrics* 90, 342, 1992.
21. Newacheck PW, Hughes DC, Stoddard JJ: Children access to primary care: differences by race, income, and insurance status. *Pediatrics* 97, 26, 1996.
22. Smith GD, Hart C, Blane D, Hole D: Adverse socioeconomic conditions in childhood and cause of specific adult mortality: perspective observational study. *BMJ* 316, 1346, 1998.
23. Huber R, Garber H: The Milwaukee study: a study of the use of family intervention to prevent cultural-familial mental retardation. In: *Exceptional Infant*, vol 3, pp 399-433. B. Friedlander, G Sterritt, G Kirk (eds). Brunner/Mazel, NY, 1975
24. Garber HI: The Milwaukee Project: Preventing mental retardation in children at risk. Washington, DC, American Association of Mental Retardation, 1988.
25. Martin S., Ramey C, Ramey S: The prevention of intellectual impairment in children of impoverished families. *Am J Publ Health* 80, 844, 1994.
26. Tymchuck AJ: Parents with mental retardation. *J Disability Policy Studies* 1, 43, 1990.
27. Tymchuck AJ, Andon L, Rahbar B: Effective decision-making training with mothers who have mental retardation. *Amer J Mental Deficiency* 92, 510, 1988.
28. Bowling M, Keltner BR: Primary health care for children of mothers with intellectual limitations. *Pediatric Nursing* 22, 312, 1996.
29. Angela P: *Da zero a tre anni*. Garzanti, 1985.
30. Angela P: *La macchina per pensare*. Garzanti, 1985.
31. Manrique B: *Un cambio a partir dal niño*. Ediciones del Rectorado, Universidad Central de Venezuela, Caracas, 1985.
32. Olds DL, Kitzman H: Can home visitation improve the health of women and children at environmental risk? *Pediatrics* 86, 108, 1990.
33. Powell C, Grantham-McGregor S: Home visiting of varying frequency and child development. *Pediatrics* 84, 157, 1989.
34. Olds DL, Henderson jr CR, Tatelbaum R, Chamberlin R: Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics* 77, 16, 1986.
35. Olds DL, Henderson CR, Tatelbaum R, Chamberlin R: Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics* 78, 65, 1986.
36. Olds DL, Henderson CR, Tatelbaum R: Improving the life course development of socially disadvantaged mothers. A randomized trial of nurse home visitation. *Am J Publ Health* 78, 1436, 1985.
37. Barnard KE, Magyary D, Sumner G, et al: Prevention of parenting alterations for women with low social support. *Psychiatry* 51, 248, 1985.
38. Olds DL, Henderson CR, Tatelbaum R: Pevention of intellectual impairment in children of women who smoke cigarettes during pregnancy. *Pediatrics* 93, 228, 1994.
39. Spivak H, Harvey B: The role of pediatrician in violence prevention. *Pediatrics* 4, suppl. 1994.
40. Wissow LS: Toward effective discussion of discipline and corporal punishment during primary care visits: Findings from studies of doctor-patient interaction. *Pediatrics* 4, suppl, 587, 1994.
41. Shepherd JP, Farrington D: Preventing crime and violence. *BMJ* 310, 271, 1995.
42. Charren P, Gelber A, Arnold M: Media, children and violence. A public policy perspective. *Pediatrics* 4, suppl, 631, 1994.
43. Webster DW, Wilson MEH: Gun violence among youth and the Pediatrician's role in primary prevention. *Pediatrics* 4, suppl, 617, 1994.
44. Dawkins J: Bullying in schools: doctor's responsibility. *BMJ* 310, 274, 1995.
45. Tamburlini G: Ricominciare dai bambini. *Medico e Bambino* 17, 644, 1998.



CONFRONTI IN PEDIATRIA

IL DOLORE E LA SUA TERAPIA

Trieste, 3 e 4 dicembre 1999 - Centro Congressi Stazione Marittima

FANS: quali, quando, perché - Il dolore nel neonato - Mal d'orecchi - Mal di denti - Il grande dolore fisico - Il prurito - La colica renale - Le terapie alternative del dolore (agopuntura, ipnosi) - Mal di schiena, mal di gambe - Mal di pancia (coliche del lattante, DAR, dolore chirurgico, dolore mestruale) - Gli antileucotrieni: un anno dopo - Il piccolo dolore (prelievi e altre procedure diagnostico-terapeutiche) - Novità verso il 2000: le letture che ci hanno cambiato - Il bambino nel dramma (guerra, disastro sociale, lutto)

CONTRARIAMENTE A QUANTO È STATO ERRONEAMENTE SEGNALATO
LE ISCRIZIONI AL CONGRESSO SONO ANCORA APERTE