

# Il nuovo Piano Nazionale dei Vaccini

*Ci è arrivata una lunga lettera critica sul Piano Nazionale dei Vaccini, quella da parte del dottor Rosario Cavallo. È parso a "Medico e Bambino" che valesse la pena affrontare l'argomento in maniera più strutturata e abbiamo chiesto all'Istituto Superiore di Sanità, nelle persone delle dottoresse Marta Ciofi degli Atti, Cristina Rota e Stefania Salmaso, di dare una risposta alle critiche. Ne è uscita questa controversia che proponiamo ai nostri lettori.*

## Il Piano Nazionale dei Vaccini: una critica che parte dalla base

ROSARIO CAVALLO

*Pediatra di famiglia, Salice Salentino (Lecce)*

**E**v viva, finalmente il Piano Nazionale dei Vaccini (PNV)!

Chi come me vive quotidianamente il disagio di gestire la situazione di fatto che si è realizzata con l'introduzione di nuovi vaccini nella completa inosservanza di regole, di serie valutazioni epidemiologiche e di supporti organizzativi e strategici, attendeva con ansia quello che (vocabolario alla mano) doveva essere il documento che definisce le modalità di intervento unitarie per tutta la nazione in tema di vaccini, qualcosa cioè che doveva dare un ordine ragionato e una uniformità universale agli interventi vaccinali, il PNV!

Invece di un documento programmatico il Piano si è dimostrato una "grande ammicchiata" in cui viene detto tutto e l'inverso di tutto, in cui non ci si assume la responsabilità di giungere a nessuna conclusione, lasciando in pratica la stessa confusione che c'è attualmente.

Se infatti il PNV nella parte genera-

le conferma "la necessità di delineare strategie appropriate", sottolineando che "le malattie infettive non riconoscono confini geo-politici e... richiedono un approccio globale e non localistico... nella necessità di garantire a tutta la popolazione italiana un uguale diritto all'accesso alla prevenzione vaccinale".

Se dedica un capitoletto molto ben fatto ai criteri per stabilire le priorità nelle scelte delle strategie vaccinali in cui arriva a dire che "la raccomandazione di nuove vaccinazioni deve tener conto dell'impatto delle diverse strategie in base alle conoscenze scientifico-epidemiologiche e non deve dipendere solo dalla disponibilità di un nuovo vaccino che sia stato approvato per l'uso ma occorre valutare in termini di necessità per la comunità e di costi".

Se giustamente specifica che il vantaggio di salute atteso deve essere valutato in base al peso epidemiologico della malattia e all'efficacia del vaccino considerando nell'ordine: - riduzio-

ne di mortalità - riduzione di sequele permanenti gravi - riduzione di complicanze e ricoveri - riduzione dell'incidenza della malattia sulla spesa sanitaria (tutte cose quindi che devono essere perfettamente conosciute prima dell'introduzione e che devono essere costantemente monitorate dopo).

Se conclude affermando che la scelta di avviare nuovi programmi di vaccinazione dovrebbe sempre essere accompagnata da azioni per valutare l'efficacia e l'efficienza.

Se, in definitiva, nella parte generale sembra tutto giusto, tutto "troppo bello per essere vero", la parte dedicata specificamente alle singole vaccinazioni ci riporta bruscamente con i piedi per terra. Non è vero niente, abbiamo scherzato: rimangiandosi tutte queste belle premesse il Piano riesce a dire anche il loro opposto e non giunge MAI a una vera raccomandazione ben motivata, lasciando tutto nella più completa anarchia.

Come se il PNV fosse stato scritto da due persone diverse che non si parlano tra loro, la seconda parte smentisce schizofrenicamente, clamorosamente e (mi sia consentito) scandalosamente tutto quello che di giusto era stato detto nella prima.

### Vaccino antinfluenzale

Passando nello specifico, e cominciando dall'influenza, nel Piano si afferma che un obiettivo di salute a me-

## Controversie

dio-lungo termine del programma di vaccinazione potrebbe essere l'ampliamento della popolazione vaccinata (indicando specificamente i bambini di età 6-24 mesi), dimenticando completamente la necessità di fare tutte le valutazioni che in precedenza aveva raccomandato; e d'altra parte come avrebbe potuto farle se la letteratura internazionale più recente mette in grave dubbio che la vaccinazione antinfluenzale in quella fascia di età produca il minimo vantaggio?

### Vaccino antipneumococcico

Alla fine di un lungo e confuso tentativo di dimostrare il peso sociale delle malattie da pneumococco, il Piano propone che, qualora si decida (ma questa decisione non doveva essere indicata o negata proprio dal PNV?) di prevenire con la vaccinazione questa malattia che, pur se sotto-stimata, NON è frequente in assoluto...è meglio immunizzare tutti i nuovi nati nel primo anno. Cercando di delineare gli obiettivi di salute, afferma che i costi sarebbero elevati e che, essendo difficile stimare la frequenza delle forme invasive, non ci sono analisi costi/benefici attendibili.

Dopo queste affermazioni ci si aspetterebbe dal Piano una chiara indicazione a temporeggiare riguardo all'offerta del vaccino (fatto salvo l'obbligo all'informazione individuale), attivando contemporaneamente (visto che si fa un gran parlare della bassa spesa nel campo della prevenzione) un concreto programma di ricerca epidemiologica che migliori le nostre conoscenze (dato che più volte ripete che solo la buona conoscenza del peso della malattia può dare buone indicazioni per la scelta delle strategie più utili). E invece indica queste azioni da intraprendere: disponibilità della vaccinazione gratuita o con partecipazione alla spesa secondo gli orientamenti regionali per tutti i bambini del primo triennio per i quali ci sia uno specifico piano regionale. Chiaro, vero? Coerente e unitario per tutti come ci aspettavamo!

Come sarebbe a dire secondo gli orientamenti regionali? E dove sta allora l'aspetto nazionale del Piano? Invece di dare orientamenti precisi si de-

lega ad altri questo dovere. Chi è chiamato a programmare un Piano ha infatti il dovere di assumersi la responsabilità di prendere una decisione populistica o impopolare che possa sembrare dai diversi punti di vista.

Un piano che sia tale deve dire se ci sono o no i numeri che giustificano un intervento universale su una popolazione sana e indicare una decisione coerente con questi numeri. E in base a quali dati indica queste azioni eventuali che altri possono essere autorizzati a prendere? In base a dati che il Piano stesso valuta poco indicativi ma che, in ogni caso, indicherebbero basse frequenze di malattia: a fronte di un'incidenza americana di 188 casi/100.000 che ha indotto alla proposta di vaccinazione universale con un ciclo a 4 dosi che ha prodotto una riduzione dei casi a 59/100.000 il Piano può segnalare solo lo studio pilota in Puglia-Piemonte che ha dato una incidenza di 10/100.000 circa in Piemonte e circa la metà in Puglia (piccolo inevitabile inciso: come mai la Puglia ha raccomandato la vaccinazione universale mentre il Piemonte ha rinnovato lo studio per l'anno successivo, confermando lo stesso ordine di grandezza dei risultati?).

Che dire poi della citazione di studi che darebbero un'incidenza di quasi 60 casi/100.000 (in ogni caso meno di 1/3 dei casi USA), se non che la limpidezza del loro disegno e il loro valore statistico sono ben definiti dal fatto che il Piano stesso afferma che ancora non hanno ricevuto una validazione scientifica? (e in ogni caso in tale incidenza i 2/3 dei casi giudicati infezioni invasive corrispondono a situazioni che hanno ricevuto una diagnosi finale di batteriemia).

E, ancora, si potrebbe dire che, mentre parla di sovrapposizione dei sierotipi vaccinali nell'81% dei casi, la casistica piemontese (la più numerosa) parla del 64-70%; e mentre parla di equivalenza del ciclo a tre dosi rispetto a quello con quattro dosi, non considera che la dose finale (dopo la quale forse i due cicli sono sovrapponibili) si fa a 11 mesi, mentre la maggior parte delle infezioni più gravi, cioè le meningiti, si hanno nel primo anno di vita;

non si sottolinea il rischio (o meglio la certezza, visto che se ne ha già la prova) di selezionare nuovi ceppi patogeni; non si considera l'impatto negativo che queste nuove introduzioni possono avere sul sistema corrente (anche di questo ci sono le prove).

A fare queste osservazioni e a sollevare questi dubbi si è cattivi pediatri, nemici delle vaccinazioni e poco attenti alla salute dei bambini, o si dimostra semplicemente un pizzico di professionalità alla ricerca delle motivazioni di appropriatezza degli interventi sanitari, cosa che per esempio avrebbe potuto portare a prevedere l'arrivo della scorsa epidemia di morbillo (la cui puntualissima ciclicità è perfettamente conosciuta), anticipando gli interventi straordinari attuati dopo i molti morti e le moltissime encefaliti? Si è preferito cercare queste strade nuove; qualcuno ha pagato queste scelte sulla propria pelle!

### Vaccino antimeningococcico

Si possono fare circa le stesse considerazioni fatte per il pneumococco anche se, a un certo punto, il Piano afferma categoricamente che l'analisi costo/beneficio non è favorevole: pur non volendo difendere la vaccinazione universale anti-meningococco (non ne ho i dati), mi sembra curioso che per il meningococco questa valutazione si possa fare e per il pneumococco no.

### Vaccino antivariella

Il Piano riconosce che le complicanze da varicella sono di gran lunga più frequenti negli adolescenti, adulti, gravide e soggetti immunodeficienti, e che una copertura non elevata può comportare un aumento dell'età media di malattia; riconosce che la durata della protezione e il suo impatto sullo zoster sono ancora in corso di valutazione; riporta che l'OMS raccomanda di procedere alla vaccinazione solo se si garantisce una copertura duratura >85-90% e solo dopo aver opportunamente valutato le altre priorità di Sanità Pubblica in base alla disponibilità delle risorse.

La conclusione anche in questo caso "coerente" è che la vaccinazione universale è da considerare nelle re-

gioni che hanno già realizzato una efficace campagna contro morbillo e rosolia congenita (Sicilia!). Per garantire omogeneità dell'offerta si raccomanda che l'iniziativa sia non di singole ASL ma di tutta la regione. Alla faccia (ricordate?) dei confini geo-politici!

### Conclusione

Un documento di non-decisioni, un Piano che non pianifica; eppure la responsabilità della definizione di un calendario nazionale, della definizione dei criteri generali circa la organizzazione, della definizione delle priorità e

degli obiettivi di salute da raggiungere compete allo Stato attraverso il Ministero della Salute supportato dal Consiglio Superiore di Sanità, dall'Istituto Superiore di Sanità e dalla Commissione Nazionale Vaccini; di chi è questa affermazione?

Ma del Piano Nazionale dei Vaccini naturalmente!  
...ed è quello che noi tutti speravamo dal Piano Nazionale dei Vaccini.

### Indirizzo per corrispondenza:

Rosario Cavallo  
e-mail: [rosariocavallo@libero.it](mailto:rosariocavallo@libero.it)

levante in termini organizzativi e di costi. Concordiamo invece con Cavallo sulla necessità di valutare con attenzione l'opportunità di prevedere la vaccinazione per tutti i nuovi nati. I dati epidemiologici nazionali, infatti, mostrano che l'incidenza delle forme invasive da pneumococco nei primi cinque anni di vita è assai inferiore a quanto stimato negli USA, e simile a quella di altre nazioni europee, che non prevedono la vaccinazione universale<sup>3</sup>. Per quanto riguarda il confronto tra calendari vaccinali a tre o quattro dosi, ci sono studi che mostrano come la somministrazione di due dosi entro i sei mesi di vita (come previsto dal calendario italiano e svedese) induca una risposta immune equivalente alla somministrazione di tre dosi entro la stessa età (previste tra gli altri dal calendario USA e inglese) per cinque dei sette sierogruppi inclusi nel vaccino. Per due sierogruppi (6B e 23F) il titolo anticorpale è leggermente inferiore, tuttavia il significato clinico di questa osservazione non è nota, e il titolo è comunque sovrapponibile dopo la terza dose. Queste informazioni sono chiaramente riportate nel Riassunto delle caratteristiche del Prodotto approvato dall'Agenzia Europea del Farmaco (EMA; informazioni disponibili all'indirizzo: <http://www.emea.eu.int/humandocs/Humans/EPAR/prevenar/prevenar.htm>).

### Vaccino antimeningococcico

L'obiettivo di salute previsto dal PNV considera la vaccinazione universale da valutare in base alla situazione regionale. In Italia, l'incidenza di meningiti meningococciche è inferiore a 1 caso per 100.000, ma si sta osservando un progressivo incremento dei casi da gruppo C, passati dal 25% nel 2001 al 58% nel 2004. Nel 2004, quindi, i casi attribuibili al gruppo C hanno superato quelli da gruppo B, con un incremento sia in termini percentuali che assoluti rispetto agli anni precedenti. La maggior frequenza del gruppo C si nota soprattutto nei bambini, e in termini assoluti il maggior numero di casi si è verificato tra 1 e 4 anni (35/100 casi). Ad oggi, i dati di sorveglianza mostrano una importante variabilità tra regioni e, in alcune aree, si sono di

## Il Piano Nazionale dei Vaccini: la risposta dell'ISS

MARTA CIOFI DEGLI ATTI, CRISTINA ROTA, STEFANIA SALMASO  
CNESP, Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma

Vorremmo commentare le questioni più calde, contenute nella lettera del dottor Cavallo, che riguardano l'utilizzo dei vaccini contro influenza, pneumococco, meningococco e varicella.

### Vaccino antinfluenzale

Negli obiettivi di salute del PNV emerge chiaramente che l'obiettivo a breve termine è quello di migliorare la copertura vaccinale negli ultrasessantatrenni e nei bambini e adulti a rischio. Per quanto concerne la prima infanzia, infatti, l'indagine ICONA 2003 ha evidenziato che solo l'8% dei bambini nel secondo anno di vita, con patologie croniche, era vaccinato contro l'influenza<sup>1</sup>. La vaccinazione dei bambini sani tra 6 e 24 mesi di età viene invece citata come uno dei possibili obiettivi a medio e lungo termine, da considerare anche per preparare la logistica per la vaccinazione estensiva nel caso di una nuova pandemia. La vaccinazione di questa fascia di età, inoltre, non viene citata tra gli obiettivi di copertura del programma di vaccinazione, e non è inclusa nel calendario proposto per le vaccinazioni in età pediatrica. Riteniamo quindi che il

punto sollevato da Cavallo sia al momento una questione teorica, visto che per il triennio 2005-2007 il Piano non prevede la vaccinazione contro l'influenza per i bambini sani. È invece cruciale migliorare l'offerta della vaccinazione ai bambini con patologie croniche, che ad oggi non sono adeguatamente protetti verso le complicanze di questa malattia.

### Vaccino antipneumococcico

Visti i costi elevati di questo vaccino, il PNV prevede come obiettivo di salute di estendere l'offerta della vaccinazione ai bambini di età inferiore a tre anni che frequentano il nido o altre collettività. Dati di letteratura mostrano infatti che il rischio di infezioni invasive da pneumococco è maggiore, non solo per i bambini con deficit della risposta immune o malattie croniche, ma anche nei bambini che frequentano il nido<sup>2</sup>. Questi bambini rappresentano in Italia una quota esigua di popolazione (16% in media dei bambini nel secondo anno di vita); questa azione potrebbe quindi garantire la protezione dei bambini a maggior rischio, senza costituire un aggravio ri-

recente verificati dei cluster di meningite da meningococco C. Considerate queste differenze, e vista la gravità del quadro clinico, è condivisibile che le regioni con l'incidenza più elevata decidano di offrire la vaccinazione a tutti i nuovi nati. È però cruciale che, come previsto dal PNV, in tutta Italia venga effettuata la tipizzazione dei ceppi di meningococco che causano malattie invasive, visto che tutti i casi attribuibili al gruppo B non possono essere prevenuti con la vaccinazione.

### Vaccino antivaricella

Considerate le caratteristiche epidemiologiche della malattia, il PNV delinea chiaramente le priorità di intervento, cioè:

1. vaccinare le persone a rischio elevato di contrarre o trasmettere l'infezione, incluse le donne in età fertile;
2. vaccinare gli adolescenti ancora suscettibili;
3. valutare la fattibilità di raggiungere coperture vaccinali >80%, utilizzando come indicatore la copertura per MPR. Questa valutazione viene considerata fondamentale per decidere se introdurre la vaccinazione universale.

### Conclusione

Il PNV è il frutto dei lavori condotti all'interno di una Commissione Nazionale, di cui fanno parte rappresentanti sia delle istituzioni centrali che delle regioni e Società scientifiche. Inoltre, con l'approvazione del titolo V della Costituzione, la competenza in materia di prevenzione è assegnata alle regioni, e il Piano è stato approvato in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Questo documento, quindi, ha tenuto in considerazione il punto di vista di diversi attori, di cui alcuni con una prospettiva più prettamente epidemiologica, che considera il contesto internazionale e la situazione nazionale, altri con una prospettiva maggiormente legata alla situazione locale e organizzativa. Come tutti i documenti, è certamente perfezionabile; tuttavia, contiene il rationale per utilizzare al meglio i nuovi vaccini; in questa fase è quindi importante che il recepimento del Piano nelle sedi regionali sia basato su una valutazione della effettiva situa-

zione locale. Come altri settori della medicina, infatti, la prevenzione costituisce un terreno su cui operare un cambiamento culturale che porti sempre più a decisioni basate sull'evidenza.

### Indirizzo per corrispondenza:

Marta Ciofi degli Atti  
e-mail: [ciofi@iss.it](mailto:ciofi@iss.it)

### Bibliografia

1. Gruppo di lavoro ICONA. ICONA 2003: indagine nazionale sulla copertura vaccinale infantile. Rapporti ISTISAN 03/07.
2. Levine OS, Farley M, Harrison LH, et al. Risk factors for invasive pneumococcal disease in children: a population-based case-control study in North America. *Pediatrics* 1999;103:E28.
3. Reinert RR. Pneumococcal conjugate vaccines - a European perspective. *IJMM* 2004 (294):277-94.

## Il commento di *Medico e Bambino*

FEDERICO MARCHETTI

*Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Università di Trieste*

Le risposte di Ciofi degli Atti, Rota e Salmasso alla presa di posizione di Cavallo sono importanti in quanto definiscono alcune linee di comportamento. Si sottolinea la difficoltà di definire delle strategie che siano universali e si danno indicazioni "riassuntive" su quelli che sono i programmi vaccinali per l'influenza, il pneumococco, il meningococco e la varicella. La ricaduta pratica di quanto viene riportato, se ho capito bene, è la seguente: la vaccinazione antinfluenzale non fa parte degli obiettivi vaccinali per l'età pediatrica; quella per il pneumococco è raccomandata solo per i bambini a rischio; quella per il meningococco, come vaccinazione universale, solo nelle regioni con l'incidenza più elevata (Cavallo nella sua lettura e interpretazione del PNV riporta una conclusione diversa, vale a dire che l'analisi costo/beneficio non è favorevole, come recentemente dimostrato in uno studio condotto negli USA e pubblicato su *Pediatrics* 2005; 115,5:1220-32); quella per la varicella per il momento è raccomandata solo per le categorie a rischio.

Una semplificazione con una resa operativa ragionevole? Personalmente non credo, anche se si tratta di un passo avanti tangibile sulla via della chiarezza. Non entro nel merito delle specifiche raccomandazioni (non ne ho la sufficiente competenza), ma alcune perplessità mi sento di esprimerle, in

linea con quanto riporta, ad esempio, Vittorio Demicheli della *Cochrane Collaboration Vaccine Field* ([www.epicentro.it](http://www.epicentro.it)).

Vi è già stato, ancora prima della diffusione del PNV, un risvolto pratico nei programmi vaccinali per la meningite (sia per il pneumococco che per il meningococco).

Di fronte allo stesso numero di casi (e di morti), alcune regioni hanno deciso di vaccinare tutti i bambini, altre di non fare nulla. I criteri di scelta, di valutazione e gli obiettivi non sono stati esplicitati, e il futuro rischia di essere molto incerto (di questo il nuovo PNV parla molto poco). Sarà difficile spiegare alla popolazione il perché di queste differenze di scelta. Più in generale non può essere adottato in campo vaccinale il principio che ogni nuovo vaccino, se è efficace (evitare la malattia), vada immediatamente proposto a livello di popolazione. In assenza di strategie condivise il rischio è il collasso dei servizi, il totale disorientamento della popolazione, senza contare i danni di coperture vaccinali inadeguate (vedi, ad esempio, il caso italiano del morbillo e la prospettiva della vaccinazione antivaricella).

E poi vi è un altro aspetto più generale che non è un tentativo di fuga dai programmi vaccinali (che devono essere fatti), ma il ricondurre tali programmi in una strategia più comples-

siva che riguarda la prevenzione. Il Rapporto sullo stato della salute dell'infanzia (*vedi* Editoriale a pag. 347 e Osservatorio a pag. 396) ci indica chiaramente quali siano le priorità da seguire.

Ogni scelta è investimento economico, di risorse e di programmazione. E l'ambito vaccinale è sicuramente uno di questi, ma l'estensione dei programmi vaccinali produce due effetti incontrovertibili: mette in crisi i servizi vaccinali con il rischio di ridurre le coperture

(o impedire la loro estensione ottimale) per vaccinazioni altamente raccomandabili; sottrae risorse ad altri interventi che potrebbero avere una resa molto maggiore in termini di peso di malattia evitato (perché, ad esempio, non si è esteso il programma di prevenzione "sei più uno"? perché l'assistenza ai bambini con patologia cronica e disabilità è ancora insufficiente in molte regioni? perché i programmi di prevenzione dell'obesità sono lasciati all'iniziativa locale?). E la scelta di vac-

cinare tutti per la meningite (ad esempio in alcune regioni del Sud) probabilmente non è la priorità rispetto ad altre situazioni (di mortalità e morbilità) evitabili. Il nodo delle priorità, tra i vaccini e tra gli interventi di prevenzione, è sempre lì e in parte irrisolto. Un problema oltre che di programmazione anche di coscienza.

#### Indirizzo per corrispondenza:

Federico Marchetti  
e-mail: [marchetti@burlo.trieste.it](mailto:marchetti@burlo.trieste.it)



Associazione Fibrosi Cistica del EV.G.  
Aderente alla Lega Italiana



SOCIETÀ ITALIANA  
FIBROSI CISTICA



Dipartimento di Scienze  
della Riproduzione  
e dello Sviluppo

## LE MOLTE FACCE DELLA FIBROSI CISTICA: CONFRONTO TRA SPECIALISTI

Trieste, 9-10 settembre 2005 - Jolly Hotel

Saranno richiesti i crediti formativi ECM per le seguenti categorie:  
medici chirurghi, infermieri pediatrici, fisioterapisti e dietisti

### 9 SETTEMBRE

#### 9.00 Presentazione e rationale del congresso

A. Ventura, F.M. de Benedictis, F. Poli

#### 9.15 La fibrosi cistica e la pediatria (modera F. Marchetti, Trieste)

- Cosa vorrebbe sapere un pediatra sulla fibrosi cistica: interrogativi da una esperienza "periferica" (B. Sacher, San Daniele del Friuli)
- Il pediatra di famiglia e il bambino fibrocistico: troppo, troppo poco o mai? (R. Cavallo, Lecce)
- Cosa deve sapere un pediatra della fibrosi cistica (G. Magazzù, Messina)

#### 10.15 Ventilazione invasiva e non invasiva

(modera F. Pardo, Palermo)

- Ventilazione non invasiva: ci sono novità veramente utili per il fibrocistico? (B. Fauroux, Parigi)
- Ventilazione invasiva: quando, come e perché (G. Burgio, Palermo)
- Dalla teoria alla pratica: un caso che insegna (E. Barbi, Trieste)

#### 11.45 Fibrosi cistica e genetica (modera G. Mastella, Verona)

- Genotipo vs fenotipo: a che punto siamo (C. Castellani, Verona)
- Quando la genetica apre la strada alla terapia, ovvero farmacogenetica della fibrosi cistica: dagli aminoglicosidi al curcumino e ...altre storie (M. Conese, Milano)

#### 14.30 Un confronto "classico" per dire molte cose sulla fibrosi cistica: lo screening neonatale (modera D. Faraguna, Trieste)

- Le ragioni del sì, le ragioni del no (C. Corbetta, Milano)

#### 15.00 Andiamo dentro i problemi

(modera F.M. de Benedictis, Ancona)

- La prima infezione da *Pseudomonas* - (G. Taccetti, Firenze)
- TOBI: i risultati di uno studio postmarketing (F. Marchetti, Trieste)
- Cicli di terapia endovenosa: quando, come e perché (C. Braggion, Verona)
- "Cortisone" e antinfiammatori: no, sì, quando, come (B.M. Assael, Verona)

#### 16.30 La parola al fisioterapista: confronto e domande libere (S. Zuffo, Firenze; R. Sartori, Trieste; L. Pietroni, Ancona)

#### 17.30 Nutrizione e dintorni (modera L. Giglio, Trieste)

- Vere e false indicazioni alla nutrizione clinica nel fibrocistico (V. Lucidi, Roma)
- I problemi della nutrizione attraverso i casi

### 10 SETTEMBRE

#### 8.45 modera L. Zancan, Padova

#### Fibrosi cistica e fegato: punti caldi a confronto con l'epatologo a partire da tre domande

(M. Cipolli, Verona; S. Martelossi, Trieste)

#### 9.40 Il diabete nel fibrocistico: domande e confronto tra specialisti

- ...della fibrosi cistica (L. Minicucci, Genova)
- ...del diabete (G. Tonini, Trieste)

#### 10.20 L'osso nel fibrocistico: è un problema?

Dalla teoria alla pratica (M.L. Bianchi, Milano)

#### 11.00 modera F. Poli, Trieste

#### Fibrosi cistica: tre casi che fanno discutere

Fibrosi cistica: uno per tutti, tutti per uno (R. Motta, Messina)

Fibrosi cistica: "trucchi del mestiere" (V. Raia, Napoli)

#### 12.30 Sottolineature e "ordine del giorno" per un prossimo incontro (F.M. de Benedictis, A. Ventura)

PRESIDENTI DEL CONGRESSO: Fernando M. de Benedictis (Ancona),  
Alessandro Ventura (Trieste)

SEGRETERIA SCIENTIFICA: Federico Marchetti, Furio Poli



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA: Quickline sas

via S. Caterina da Siena 3 - 34122 TRIESTE

Tel. 040 773737-363586; Fax 040 7606590

e-mail: [congressi@quickline.it](mailto:congressi@quickline.it); <http://www.quickline.it>