

Lo sport fa sempre bene?

ALBERTO MARCHI

UO di Pronto Soccorso e Primo Accoglimento, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

Su 1044 ragazzi di 6-15 anni con lesioni acute da sport, riportate dieci anni fa, 33 hanno avuto esiti permanenti. Troppi? Pochi? Dipende dai punti di vista. Dovremo aumentare le misure protettive nei riguardi dei ragazzi? Certamente no, anche perché un minimo di educazione al rischio non può mancare alla nostra società già troppo "domesticata"; ma dobbiamo garantire che l'attività sportiva abbia alle spalle una preparazione tecnica e fisica adeguata.

Scarsissima attenzione nel nostro Paese è stata finora data alle lesioni da sport nel bambino e nell'adolescente, nonostante l'aumento del rischio collegato alla diffusione sempre maggiore della pratica sportiva organizzata. Questo articolo si propone di richiamare l'attenzione sul problema, in base agli studi condotti presso l'IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste¹⁻⁴.

La presenza delle cartilagini di accrescimento, particolarmente vulnerabili ai fattori meccanici, e le variazioni di resistenza/flessibilità durante l'accrescimento delle strutture muscolo-tendinee collegate a quelle ossee, spiegano la particolare suscettibilità alle lesioni da sport in età evolutiva. Vanno considerate separatamente quelle da sovraccarico funzionale e da trauma acuto.

LESIONI DA SOVRACCARICO FUNZIONALE

Ritenute un tempo caratteristiche dell'adulto, sono di riscontro sempre più frequente nel bambino che fa sport, in conseguenza di errori di allenamento (aumenti improvvisi di intensità e durata, ripetizione eccessiva di esercizi) e di difetti di tecnica.

I microtraumi ripetuti, alterando la microcircolazione dei tessuti, causano bursiti, tendiniti, apofisiti delle inserzioni dei tendini, osteocondriti e fratture da stress delle ossa lunghe; alcune di queste forme sono indicate con nomi riferiti

IS PARTICIPATION TO COMPETITIVE SPORTS ALWAYS BENEFICIAL FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS? (Medico e Bambino 19, 167-172, 2000)

Key words

Competitive sports, Sports-related injuries

Summary

Sports-related injuries are particularly frequent and severe in pediatric age and specially in adolescents. In one year period, in Trieste, 4% of the population aged 6-15 years suffered from sports-related injuries. In 25% of cases injuries were classified as medium to severe.

Long term sequelae were observed in 30% of 220 subjects with severe limb lesions and 61% of these subjects still showed sequelae after 12 years. Sex and type of competitive sports were not associated to the severity of sequelae, the latter being associated with the severity of the original injury. The developmental peculiarities and particular susceptibility of teenagers must be taken into account in order to provide preventive advice.

allo sport responsabile (gomito del tennista, spalla del nuotatore ecc.). Se non si interviene in tempo, la crescita delle articolazioni può essere alterata.

La diagnosi in fase iniziale è spesso difficile per la lieve entità dei sintomi (dolore, tumefazione locale), che hanno però la caratteristica di essere provocati da una attività specifica e di risolversi con la sua sospensione.

Il trattamento è semplice, e consiste nella sospensione dell'attività specifica e nella riabilitazione con successiva ripresa graduale dell'attività, in maniera che non dia disturbi.

La prevenzione si basa sulla gradualità dell'allenamento e il suo alleggerimento nei periodi di maggior accrescimento.

LESIONI ACUTE DA SPORT

A Trieste il ruolo delle lesioni da sport nel bambino e nell'adolescente è emerso dagli studi di sorveglianza degli incidenti negli anni Ottanta (Tabella I).

Nello Studio Trieste (1984) l'incidente sportivo è risultato in età 6-15 anni tre volte più frequente e di pari gravità, esclusi gli esiti letali, rispetto a quello stradale, a 11-15 anni secondo per frequenza, ma primo per gravità, rispetto a quello domestico⁵.

Questo ha indotto a registrare nel 1985 tutti gli accessi al Pronto Soccorso per lesioni da sport nei residenti a Trieste e provincia di età compresa tra 6 e 15 anni, senza considerare gli incidenti senza danni fisici, le lesioni da sovracca-

rico e quelle determinate dal gioco¹. Sono stati così registrati 1044 soggetti, pari al 4% dei residenti di età 6-15 anni (6% a 12-13 anni), 573 maschi e 417 femmine. Le caratteristiche delle lesioni da sport sono risultate in parte diverse da quelle da incidente domestico e da traffico, per il prevalente interessamento degli arti superiori (52.5%) e inferiori (34.3%) rispetto al capo (11.5%), e per la maggior frequenza di distorsioni (42%) e contusioni (30%) rispetto alle fratture (18%). La gravità delle lesioni è stata valutata mediante una scala oggettiva, riconosciuta in campo internazionale, l'Abbreviated Injury Scale (AIS) (Tabella II)⁶. Questa ha permesso di differenziare gli incidenti con lesioni minori (punteggio AIS 1), che rappresentano rischi accettabili della pratica sportiva del bambino e dell'adolescente, da quelli con lesioni di gravità maggiore (punteggio AIS 2 o superiore)¹. Un quarto delle lesioni da sport sono risultate di entità medio-grave², senza differenze nei due sessi. La loro frequenza è stata significativamente maggiore al di sotto dei 10 anni rispetto alle età superiori, negli incidenti occorsi durante il primo anno di attività rispetto a quelli successivi, e in caso di attività sportiva effettuata autonomamente, senza la supervisione di tecnici¹. Più di 2/3 delle lesioni sono state registrate in 6 sport: pallacanestro (225 casi), calcio (188), pallavolo (98), pallamano (85), sci alpino (79), pattinaggio (64) con diversa frequenza di lesioni, da quasi un caso su due nello sci alpino e uno su quattro nel calcio e nel pattinaggio a rotelle a meno di uno su dieci nella pallamano. Le lesioni sono risultate diverse da quelle nell'adulto nei singoli sport (Tabella III).

I nostri dati, in accordo con quelli di moltissimi altri Paesi, documentano come nel bambino più grande e nell'adolescente le lesioni da sport prevalgano per frequenza e gravità rispetto a quelle da incidenti in altri ambienti⁷⁻¹³. Stupisce

quindi lo scarsissimo interesse dei pediatri italiani per le lesioni da attività sportiva nel bambino; anche nel più importante studio italiano sugli incidenti, condotto nel Veneto, il ruolo delle lesioni da sport non è stato evidenziato parti-

PRINCIPALI LESIONI DA INCIDENTE NEL BAMBINO TRIESTINO

	Domestico ^a (0-15 aa)	Sportivo ^b (6-15 aa)	Da traffico ^c (0-15 aa)
Anno di rilevazione	1984*	1985	1984-86
Casi registrati (N)	1005	1044	1050
Incidenza/100.000/anno (range)	9450 4680 (14-15 aa) 17220 (0-2 aa)	4015 1640 (6-9 aa) 6720 (13-14 aa)	990 430 (0-4 aa) 3480 (15 aa)
Lesioni AIS ≥ 2 (%)	15.9	23.9	28.8
Ricoveri ospedalieri (%) * (7 gg/mese)	18.9	25.3	44.8

Bibliografia: a (19), b (1), c (21)

Tabella I

ABBREVIATED INJURY SCALE (AIS)

AIS 0	Assenza di lesioni
AIS 1	Lesioni minori: lacerazioni e contusioni; distorsioni e fratture delle dita
AIS 2	Lesioni modeste: fratture semplici di ossa lunghe, pelvi, volta cranica; distorsioni di articolazioni maggiori
AIS 3	Lesioni severe: fratture scomposte o aperte di ossa lunghe, della base cranica o multiple di mano e piede; lussazioni di grandi articolazioni; amputazione di più dita; lacerazioni di nervi e vasi degli arti
AIS 4	Lesioni gravi (rischio di morte): gravi lesioni emorragiche agli organi interni; fratture chiuse multiple delle ossa lunghe; amputazione di un arto
AIS 5	Lesioni critiche: sopravvivenza incerta
AIS 6	Lesioni fatali: morte entro 24 ore

Tabella II

LESIONI MEDIO-GRAVI PIÙ FREQUENTI DA SPORT NEL BAMBINO TRIESTINO

Tipo di lesione per sede	Frequenza nelle diverse discipline				
	≥ 10%		≥ 20%		≥ 30%
Frattura di mano	Pallamano	(14,3)	Pallavolo	(25,0)	
Frattura di polso	Pallamano	(14,3)	Calcio	(24,5)	Pattinaggio (47,0)
	Pallavolo	(12,5)			
	Sci alpino	(11,1)			
			Pallamano	(28,6)	
Distorsione di polso					
Distorsione di ginocchio	Pallamano	(14,3)			Sci alpino (33,3)
Contusione di ginocchio	Pattinaggio	(11,7)			
Frattura di gamba	Pallamano	(14,3)	Sci alpino	(22,2)	
Distorsione di caviglia	Pallamano	(14,3)	Pallacanestro	(28,6)	Pallavolo (33,3)
	Pallacanestro	(11,4)			

Sono state indicate le lesioni AIS ≥ 2 presenti in almeno il 10% dei casi per singole attività

Tabella III

colarmente¹⁴. È possibile che questo dipenda dal fatto che le lesioni da sport in età evolutiva sono meno gravi di quelle dell'adulto^{15,17} e solo raramente letali¹⁸, ma anche più banalmente dal fatto che poche pediatrie si occupano degli eventi traumatici dell'adolescente e che l'attività sportiva è in genere considerata insieme al gioco.

ESITI DELLE LESIONI DA SPORT

Questo aspetto è poco considerato in letteratura. A Trieste gli esiti degli incidenti sono stati studiati mediante inchieste telefoniche randomizzate e controlli clinici, in collaborazione con i colleghi ortopedici del nostro istituto, nelle lesioni di maggior entità (Tabella IV).

Per quanto riguarda lo sport sono stati scelti i casi con lesioni AIS 2 a carico degli arti, escludendo i traumi al cranio, al viso e al tronco. A 3 anni dall'incidente il 30,9% dei 220 soggetti controllati clinicamente presentavano esiti soggettivi e/o oggettivi³, con prevalenza più elevata di quella riportata in letteratura^{7,22-25} (Tabella V). Questo dipende verosimilmente dalla scelta della gravità come criterio per il follow up.

GLI ESITI PERMANENTI

Nel 1997, a 12 anni dall'incidente iniziale, i soggetti con esiti a 3 anni sono stati ulteriormente controllati per evidenziare eventuali esiti, da considerare ormai permanenti, rispetto a quelli transitori documentati nel 1988.

Dei 68 soggetti con esiti temporanei è stato possibile controllarne 54, 26 dei quali femmine, all'età media di 24 anni e sei mesi (range 18-27 anni): 33 di questi (61,1%) presentavano esiti permanenti (Figura 1). La prevalenza degli esiti permanenti è risultata analoga nei due sessi e apparentemente maggiore in caso di lesione riportata prima dell'età di 10 anni, ma in realtà in rapporto alle lesioni AIS 2 totali più elevata con il crescere dell'età (Tabella VI).

Gli esiti permanenti sono risultati collegati alla gravità delle lesioni - essendo stati riscontrati nel 88,9% di quelle AIS 3, nel 55,5% di quelle AIS 2 -, e soprattutto al tipo e alla sede delle lesioni (Tabella VII). Il rischio è risultato più elevato nelle fratture di gomito e dell'arto inferiore e nelle distorsioni di ginocchio e tibio-tarsiche in rapporto a situazioni anatomiche (ad esempio nella frattura di

Incidenti	Inchiesta telefonica dopo 6-12 mesi		Controllo clinico dopo 1-3 anni
	AIS 1	AIS ≥ 2	AIS ≥ 2
Generali	8,9% (225) ^a	23,1% (65) ^a	9,5% (95) ^b
Da traffico	20,7% (236) ^c	40,2% (246) ^c	41,6% (183) ^d

Bibliografia: a (19), b (20), c (21), d (dati non pubblicati)

Tabella IV

Autori	Esiti da sport (%)	Esiti da altri incidenti (%)
Ungerholm et al (1985)	7 (sci alpino)	-
Tursz-Crost (1987)	12 (diversi)	5 (casa e traffico)
Olkkonen et al (1993)	11 (bicicletta)	-
Yacoubovitch et al (1995)	14 (diversi)	13 (casa)
Shorter et al (1996)	26 (sci alpino)	18 (traffico)

Bibliografia: a (19), b (20), c (21), d (dati non pubblicati)

Tabella V

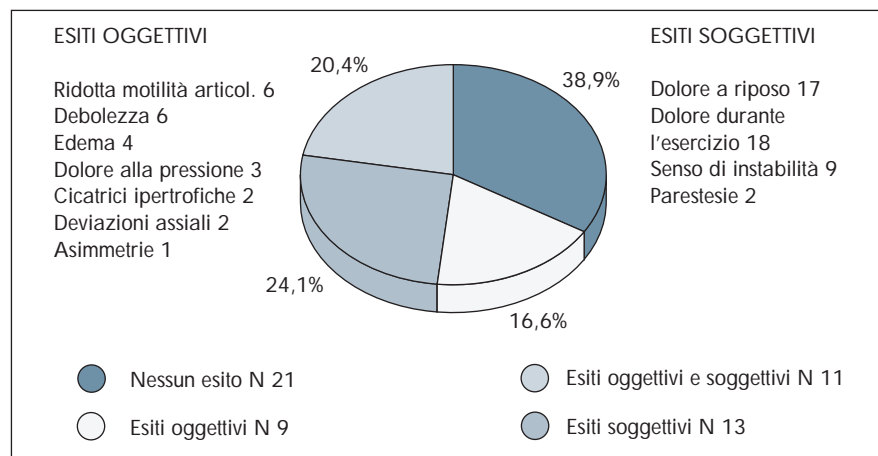


Figura 1. Lesioni da sport e loro esiti nel bambino triestino.

gomito il callo osseo omerale occupa la fossa olecranonica, ostacolando così il capitello ulnare) o funzionali (nelle distorsioni tibiotarsiche l'instabilità può causare successivi traumi responsabili di incapacità permanente).

Non è risultata invece una relazione significativa tra esiti e diverse attività sportive (Tabella VIII), a conferma del fatto che sono le caratteristiche anatomiche funzionali peculiari del bambino a influenzare la frequenza degli esiti.

La Figura 2 sintetizza lo studio longitudinale effettuato.

In letteratura l'unica ricerca confrontabile è quella di Barker e coll.²⁶, effettuata in soggetti di 23 anni, e relativa alla disabilità dichiarata conseguente a incidenti sofferti nei 7 anni precedenti. Il 6,3% dei 287 soggetti ricoverati per lesioni da sport ha segnalato disabilità permanente, senza differenze tra maschi e femmine, con frequenza inferiore solo a quella degli incidenti da lavoro e

ESITI DELLE LESIONI DA SPORT NEL BAMBINO TRIESTINO
SECONDO IL SESSO E L'ETÀ AL MOMENTO DEL TRAUMA

Sesso ed età	Lesioni AIS ≥ 2	Controllo 1988	Controllo 1997				p
	N	Esiti temporanei N	Non controllati N	Controllati N	Esiti permanenti N	% lesioni AIS ≥ 2	
Maschi	119	32	4	28	17	14,3	0,5757 ^a
Femmine	101	36	10	26	16	15,8	
6-10 anni*	55	10	1	9	6	10,9	0,202 ^b
11-13 anni*	103	31	7	24	15	14,6	
14-15 anni*	62	27	6	21	12	19,4	
Totali	220	68	14	54	33	15,0	

* Età al momento della lesione; ^a 2-sided Fisher's exact; ^b χ^2 for trend

Tabella VI

stradali. In altri 2208 soggetti non ricoverati, l'1,9% dei maschi, e il 4,4% delle femmine, hanno denunciato disabilità da sport, con frequenza inferiore solo a quella degli incidenti stradali. Più della metà delle disabilità nei maschi e due terzi di quelle nelle femmine sono risultate collegate a lesioni minori a carico degli arti, trattate ambulatoriamente.

CONCLUSIONI

Gli esiti degli incidenti da sport nel bambino meritano attenta riflessione, in quanto, anche se non gravemente invalidanti, possono interferire nelle attività di ogni giorno²⁴. Vanno inoltre tenute presenti le ripercussioni negative che menomazioni anche modeste possono

avere sull'immagine di sé dell'adolescente²⁷.

Noi non abbiamo quantificato la disabilità conseguente alle sequele permanenti che abbiamo documentato ed è noto che al riguardo la soggettività gioca un ruolo importante^{20,28,29}. Lo studio di Barker e coll.²⁶ è importante anche perché sono stati i soggetti stessi a segnala-

ESITI DELLE LESIONI ACUTE AIS ≥ 2 DA SPORT NEL BAMBINO TRIESTINO
SECONDO IL TIPO E LA SEDE DI LESIONE (DA 4)

Tipo e sede delle lesioni	Lesioni AIS ≥ 2 N	Controllo 1988	Controllo 1997				p	
		Esiti temporanei N	Non controllati N	Controllati N	Esiti permanenti N	% lesioni AIS ≥ 2		Risk ratio* di esiti permanenti
Fratture di mano, polso	74	13	4	9	3	4,1	0,20	0,001
Distorsioni di mano, polso, gomito	26	3	1	2	0	-	0	0,018
Fratture di gomito	14	7	-	7	6	42,9	3,27	0,009
Distorsioni di ginocchio	24	10	2	8	6	25,0	1,81	0,22
Fratture di tibia	9	4	0	4	3	33,3	2,34	0,14
Fratture di caviglia	4	2	0	2	2	50,0	3,48	0,11
Fratture di piede	6	2	0	2	2	33,3	2,30	0,22
Distorsioni di caviglia	43	18	3	15	10	23,2	1,79	0,10
Altri**	20	9	4	5	1	5,0	0,31	0,32
Totali	220	68	14	54	33	15,0	-	-

* Confrontato con tutte le altre lesioni; ** Fratture di ginocchio, spalla, clavicola

Tabella VII

ESITI DELLE LESIONI ACUTE AIS ≥ 2 DA SPORT NEL BAMBINO TRIESTINO
SECONDO L'ATTIVITÀ SPORTIVA

Attività sportiva	Lesioni AIS ≥ 2 N	Controllo 1988		Controllo 1997				p
		Esiti temporanei N	Non controllati N	Controllati N	Esiti permanenti N	% lesioni AIS ≥ 2	Risk ratio* di esiti permanenti	
Educazione fisica a scuola	43	14	3	11	8	18,6	1,31	0,48
Pallacanestro	27	13	4	9	6	22,2	1,34	0,43
Calcio	43	13	3	10	6	13,9	0,77	0,66
Sci alpino	34	6	1	5	5	14,7	0,83	0,81
Pallavolo	14	4	-	4	2	14,3	0,90	0,89
Pattinaggio a rotelle	15	5	1	4	2	13,3	0,84	0,79
Pallamano	7	3	-	3	1	14,3	0,95	0,96
Altre 18 attività	37	10	2	8	3**	21,6	0,49	0,31
Totali	220	68	14	33	33	15,0	-	-

* Confrontato con tutti gli altri sport; ** Lotta 2/3, motocross 1/1

Tabella VIII

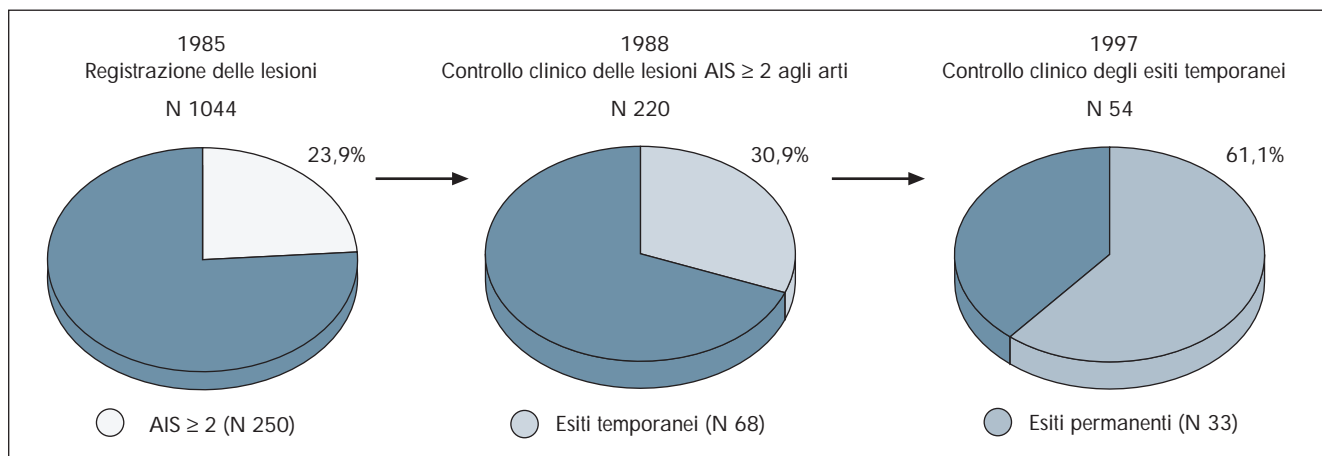


Figura 2. Lesioni da sport e loro esiti nel bambino triestino (Studio longitudinale 1985-97).

re l'incapacità conseguente all'incidente.

In conclusione, disponiamo attualmente di dati che modificano il vecchio concetto di "benignità" dell'incidente sportivo in età pediatrica⁷. L'attività sportiva organizzata del bambino è in continuo aumento nel nostro Paese e rappresenta ormai una esigenza irrinunciabile, che va tuttavia opportunamente controllata. L'approccio specifico per l'età è da tempo ben stabilito³ e riguarda la valutazione preliminare dell'idoneità fisica e attitudinale³¹, l'osservazione di

criteri per una corretta attività sportiva guidata³², il controllo medico periodico e dopo ogni incidente, la riabilitazione dopo ogni lesione importante³³. Lo studio degli incidenti nel bambino e nell'adolescente, compreso il follow up delle lesioni più significative, è indispensabile per avere indicazioni ai fini della prevenzione. Il rischio di esiti appare collegato alle caratteristiche anatomiche-funzionali dell'età pediatrica più che alle singole attività sportive: se il pediatra vuole occuparsi dell'adolescente deve sensibiliz-

zare al riguardo la scuola e le società sportive in cui i ragazzi svolgono attività organizzata.

Bibliografia

1. Marchi AG, Renier S, Messi G, Gazzola G. Lo sport, il bambino e gli incidenti. I. Epidemiologia generale. *Minerva Pediatr* 1988;40: 151-6.
2. Messi G, Marchi AG, Gazzola G, Renier S. Lo sport, il bambino e gli incidenti. II. I fatto-

- ri di rischio. *Minerva Pediatr* 1988;40:157-62.
3. Messi G, Gazzola G, Renier S, Glavina A, Marchi AG. Lo sport il bambino e gli incidenti. III. Gli esiti a distanza. *Minerva Pediatr* 1990;42:173-8.
4. Marchi AG, Di Bello D, Messi G, Gazzola G. Permanent sequelae in sports injury: a population based study. *Arch Dis Child* 1999; 81:324-8.
5. Marchi AG, Messi G, Casini P, Renier S. Studio Trieste degli incidenti pediatrici. II. Analisi dei fattori di rischio degli incidenti del bambino. *Minerva Pediatr* 1986;38:311-8.
6. Abbreviated Injury Scale, 1980 Revision. American Association for Automotive Medicine, USA.
7. Tursz A, Crost M. Sports-related injuries in children. A study of their characteristics, frequency and severity, with comparison to other types of accidental injuries. *Am J Sports Med* 1986;14:294-9.
8. Nathorst-Westenfelt JAR. Environmental factors in childhood accidents. A prospective study in Göteborg, Sweden. *Acta Pediatr Scand* 1982;suppl 291:1-75.
9. Gallagher SS, Guyer B, Kotelchuck M, Bass J, Lovejoy FH Jr, McLaughlin E, Mehta K. A strategy for the reduction of childhood injuries in Massachusetts: SCIPP. *N Engl J Med* 1982;307:1015-19.
10. Sheps SB, Evans GD. Epidemiology of school injuries: a 2-year experience in a municipal health department. *Pediatrics* 1987; 79:69-75.
11. Sahlin Y. Sport accidents in childhood. *Br J Sports Med* 1990;24:40-4.
12. Nolan T, Penny M. Epidemiology of non-intentional injuries in an Australian urban region; results from injury. *J Pediatr Child Health* 1992;28:27-35.
13. Hammaström A, Janlert U. Epidemiology of school injuries in the northern part of Sweden. *Scand J Soc Med* 1994;22:120-6.
14. Facchin P, Gobber D, Brusadin L, et al. Rapporto sulla epidemiologia e prevenzione degli incidenti. In: Commissione delle Comunità Europee e Movimento Consumatori "La sicurezza domestica dei bambini". SIPIEL edizioni, Milano, 1991:6-140.
15. Ungerholm S, Engkvist O, Gierup J, Lindsjö U, Balkfors B. Skiing injuries in children and adults: a comparative study from an 8-year period. *Int J Sports Med* 1983;4:236-40.
16. Goldberg B, Rosenthal PP, Robertson LS, Nicholas JA. Injuries in youth football. *Pediatrics* 1988;81:255-261.
17. Lee AJ, Garraway WM. Epidemiological comparison of injuries in school and senior club rugby. *Br J Sports Med* 1996;30:213-7.
18. Avery JG, Harper P, Ackroyd S. Do we pay too dearly for our sport and leisure activities? An investigation into fatalities as a result of sporting and leisure activities in England and Wales, 1982-88. *Public Health* 1990;104: 417-23.
19. Marchi AG, Messi G, Tenier S, et al. Studio Trieste degli Incidenti Pediatrici. I. Frequenza, gravità e costi degli incidenti nel bambino. *Minerva Pediatr* 1986;38:301.
20. Casini P, Messi G, Marchi AG. Studio Trieste degli incidenti pediatrici. III. Sulla predittività degli esiti a distanza. *Minerva Pediatr* 1987;39:471-4.
21. Marchi AG, Messi G, Costantinides F, et al. Lesioni da traffico nel bambino a Trieste, 1984-6 *Minerva Pediatr* 1990;42:465-72.
22. Ungerholm S, Gierup J, Lindsjö U, Magnusson A. Skiing injuries in children: lower leg fractures. *Int J Sports Med* 1985;6:292-7.
23. Olkkonen S, Lahdenranta U, Slätis P, Honkanen R. Bicycle accidents often cause disability. An analysis of medical and social consequences of nonfatal bicycle accidents. *Scand J Soc Med* 1993;21:98-106.
24. Yacoubovitch J, Lelong N, Cosquer M, Tursz A. Étude épidémiologique des séquelles d'accidents à l'adolescence. *Arch Pédiatr* 1995;2:532-8.
25. Shorter NA, Jensen PE, Harmon BJ, Mooney DP. Skiing injuries in children and adolescents. *J Trauma* 1996;40:997-1001.
26. Barker M, Power C, Roberts J. Injuries and the risk disability in teenagers and young adults. *Arch Dis Child* 1996;75:156-8.
27. Weinberger JL, Kantor M. Possible sequelae of trauma and somatic disorder in early life. *Int J Psychiatry Med* 1976;7:337-50.
28. Turet L, Nicaud V, Maguin P, Hatton F. In capacity of accidental origin in young people. In: Mancieux M, Romer CJ (Eds), *Accidents in childhood and adolescence*. WHO, Geneva, 1991:57-66.
29. Hutchinson T. The classification of disability. *Arch Dis Child* 1995;73:91-3.
30. Rowland TW. Preparticipation sports examination of the child and adolescent athlete: changing views of an old ritual. *Pediatrician* 1986;13:3-9.
31. American Academy of Pediatrics. Committee on sports Medicine. Recommendations for participation in competitive sports. *Pediatrics* 1988;81:737-9.
32. Ekstrand J, Gillette J, Liljedal SO. Prevention of soccer injuries: supervision by doctor and physiotherapist. *Am J Sports Med* 1983;11:116-20.
33. Stanitski CL. Common injuries in preadolescent and adolescent athletes. Recommendations for prevention. *Sports Med* 1989;7:32-41.



Studi Pediatrici Associati di Pozzuoli, Bergamo, Roma

III CONVEGNO NAZIONALE DELLA PEDIATRIA DI GRUPPO

Pozzuoli, Hotel Solfatara, 13 Maggio 2000

- 9.15 Saluto del direttore generale ASL Na 2
- 9.30 Introduzione dei lavori (*P. Causa*)
- I SESSIONE (moderatore *L. Cioffi*)
- 9.45 Analisi di un anno di telefonate allo studio associato *V. Moschettini* (Lugo di Romagna)
- 10.00 Problematiche gestionali di un gruppo *A. Crocamo* (Vallo della Lucania)
- 10.15 Analisi di un anno di accessi in studio *G. Quattrone* (Reggio Calabria)
- 10.30 Analisi di un anno di ricezione telefonica da parte dello staff infermieristico *L. Venturelli* (Bergamo)
- 10.45-11.15 **Discussione**
- II SESSIONE (moderatore *V. Calia*)
- 11.45 Perché non mi associo *C. Apicella* (Sorrento)
- 12.00 L'esperienza di associazionismo con sedi multiple in provincia di Bari *G. Nigri* (Bisceglie)
- 12.15 La esperienza di associazionismo con sedi multiple in provincia di Lecce *P. Mele* (Meledugno)
- 12.30-13.00 **Discussione**
- 13.00-15.00 Intervallo con colazione di lavoro
- III SESSIONE (moderatore *P. Causa*)
- 15.00 Tavola Rotonda: Pediatria di gruppo, associazionismo in pediatria, esigenze del SSN e nuovo contratto (*A. Rubino, G. Tamburlini, G. Di Mauro, A. Fatigati, G. Caso*)
- 18.00 Riunione degli studi associati e delle associazioni partecipanti al convegno
- Segreteria scientifica:** Studio Pediatrico Associato di Pozzuoli (*dr. Causa, dr. Cioffi, dr. Metafora*), via M. Puteolana 7, 80078 Pozzuoli tel. e fax 081 5265086-5263890-5264529 e-mail: pacausa@libero.it lcioffi@libero.it
- Segreteria organizzativa:** Studio Congressi Cicala-de Pertis via S. Anna dei Lombardi 36, Napoli tel. 081 5511668 fax 081 5528835