

Il bambino nato da genitori non italiani

GIORGIO BARTOLOZZI

Direttore Scientifico dell'Azienda Ospedaliera "Meyer", Firenze

Statistiche socio-demografiche e indicazioni di comportamento per il pediatra, su un fenomeno sempre più consistente e pervasivo: la lenta trasformazione dell'Italia in una società multi-etnica.

Dieci anni fa, nel 1990, quando mi venne richiesto di trattare lo stesso tema, mi ritrovai ad avere come unico oggetto i bambini adottati. A questo proposito mi esprimevo allora in questo senso: «La presenza di bambini adottati, di origine non italiana, è senz'altro di più frequente riscontro di quella di bambini appartenenti a famiglie extra-europee residenti in Italia. Quest'ultima evenienza sarà probabilmente più frequente nei prossimi anni, quando i lavoratori extra-europei, che attualmente sono rappresentati essenzialmente da singoli, avranno raggiunto un certo equilibrio economico e si saranno inseriti appieno nelle nostre strutture sociali. Sarà a questo punto che essi creeranno o trasferiranno in Italia le loro famiglie» (G. Bartolozzi, R. Bini, *Medico e Bambino* 1990; 10:662-5).

Nel breve scorrere di due lustri lo scenario è completamente cambiato, proprio nel senso che era facile prevedere: il rapporto bambini adottati di origine non italiana/bambini di famiglie non italiane residenti in Italia si è completamente capovolto, come è radicalmente cambiata l'origine geografica di questi bambini.

Tre sono state le condizioni socio-politiche che hanno portato a questi profondi cambiamenti:

- la caduta del muro di Berlino e di conseguenza l'accesso al nostro Paese di popolazioni dell'Est europeo;
- il flusso (regolare o clandestino), quasi inarrestabile, verso l'Italia di popolazioni provenienti da Paesi vicini (Alba-

THE CHILD FROM NON ITALIAN PARENTS

(*Medico e Bambino* 20, 101-107, 2001)

Key words

Immigrant children, Adopted children, Anticipatory guidance, Screening

Summary

The demographic and health profile of children who are residents in Italy and were born from non Italian families has rapidly changed over the last few years. The biggest group is now represented by babies born in Italy from non Italian parents: they were 21.175 in 1999, that corresponds to almost 4% of all babies who were born in Italy in the same year, with a 25% increase over 1998. These children usually do not present any particular medical problem. Careful screening and anticipatory guidance about nutritional status, immunizations and infectious diseases, such as hepatitis and tuberculosis, is recommended for internationally adopted children and refugees.

nia, Kosovo, Nord Africa) e lontani (Filippine, India, Kurdistan, Cina e altri);

- la presenza in Italia di un numero sempre più elevato di famiglie di origine non italiana, con i loro bambini, negli ultimissimi anni, nati sempre più spesso nel nostro Paese.

È per questa nuova situazione venutasi a creare in Italia che la mia trattazione sarà rivolta essenzialmente ai bambini appartenenti a famiglie straniere, presenti in Italia, piuttosto che, come nel 1990, ai bambini di origine straniera adottati da famiglie italiane.

Da qui l'opportunità di cambiare il titolo dell'intervento: da "Il bambino proveniente dai Paesi extra-europei" al titolo, più rispondente alla realtà, di "Il bambino nato da genitori non italiani".

Per la raccolta dei dati che di seguito verranno esposti ringrazio i rappresen-

tanti di numerose istituzioni italiane, senza la cui fattiva collaborazione non sarei stato in grado di completare la stesura di questo intervento.

GLI STRANIERI IN ITALIA

Gli stranieri che abbiano acquisito negli ultimi anni la cittadinanza italiana sono rappresentati da un numero relativamente basso, in confronto al numero degli stranieri che hanno mantenuto la loro cittadinanza. È a questi che in seguito verrà fatto sempre riferimento.

Per prima cosa è necessario distinguere, nell'insieme dei cittadini stranieri presenti in Italia:

- gli stranieri residenti e/o con permesso di soggiorno;
- i clandestini.

La raccolta dei dati che li riguardano è da considerare come poco precisa, data l'estrema disparità esistente fra le diverse fonti d'informazione. Le due principali fonti statistiche sono:

- quella relativa ai permessi di soggiorno (popolazione legalmente residente in Italia), dalla quale rimangono esclusi i minori, che sono indicati solo se sono giunti in Italia individualmente, in attesa di adozione o affidamento;
- quella sugli iscritti all'anagrafe comunale, che viene comunemente indicata come popolazione residente e che include anche i minorenni.

Si tratta di due rilevazioni diverse, a livello individuale la prima, anche più tempestiva, e a livello comunale la seconda; nella maggior parte dei casi queste due rilevazioni si sovrappongono.

Gli stranieri residenti al dicembre 2000, secondo la comunicazione ufficiale del Ministero dell'Interno resa nota alla fine del mese di dicembre attraverso la RAI e i quotidiani, risultano essere 1.510.000. Il loro incremento annuo è superiore al 10%.

A questi vanno aggiunti i clandestini che, in base a una valutazione ancora più difficoltosa, sarebbero compresi, se-

condo stime fatte da organismi diversi, fra le 350.000 e le 500.000 persone.

Quindi, complessivamente, fra residenti e clandestini otteniamo una cifra compresa fra 1.860.000 e 2.010.000 persone, corrispondenti, se ammettiamo vera la cifra più elevata, al 3,49% della popolazione italiana. La percentuale del 3,49 risulta inferiore a quella rilevata in altri Paesi europei, come la Germania, la Francia e il Regno Unito, nei quali questa percentuale si avvicina o supera nettamente il 10%.

Secondo una valutazione risalente al 31 dicembre 1999 gli stranieri residenti sono distribuiti in Italia secondo quanto riportato nella *Tabella I* e nella *Figura 1*.

Il Paese di origine degli stranieri residenti al 31 dicembre 1999 è riportato nella *Tabella II*.

Nel 1998 gli immigrati coniugati hanno superato i nubili. I soggetti di sesso femminile sono il 46% del totale degli immigrati: di queste il 65% è in età fertile (19-40 anni) (ISTAT, 2000).

I MINORI

Non vengono trattati i nati da genitori di cui uno italiano e l'altro straniero, realtà al momento attuale in netta minoranza in confronto a quella dei nati da ambedue i genitori stranieri, dei quali in seguito verrà unicamente trattato.

Come abbiamo già detto, il numero di minori stranieri, residenti in Italia, è aumentato in questi ultimi anni con un ritmo molto elevato, percentualmente superiore all'incremento degli stessi re-

STRANIERI RESIDENTI AL 31 DICEMBRE 1999 (ISTAT, 2000)	
Aree d'Italia	Numero di stranieri residenti
Nord-Ovest	420.553
Nord-Est	279.522
Centro	363.378
Sud e isole	207.100
Totale	1.270.553

Tabella I

PAESE DI ORIGINE DEGLI STRANIERI RESIDENTI AL 31 DICEMBRE 1999 (ISTAT, 1999)	
Paese di origine	Numero di residenti
Marocco	147.783
Albania	93.601
Filippine	59.273
Ex Jugoslavia	51.472
Tunisia	50.472
Altri	838.485
Totale	1.270.553

Tabella II



Figura 1. Distribuzione degli stranieri in Italia (ISTAT, 2000).

sidenti stranieri: fra il 1997 e il 1999 l'incremento dei minori stranieri in Italia è stato del 53,75%, come risulta dalla *Tabella III*.

Secondo i dati ISTAT l'aumento del numero dei minori stranieri si manifesta in gran parte per l'aumento dei nuovi nati: dei 42.959 minori stranieri registrati nel 1999, 21.175 sono nuovi nati. In altre parole nel 1999 l'incremento dei minori in confronto al 1998 ha riguardato, per oltre la metà, nuovi nati.

Il numero dei nati da cittadini stranieri in Italia è pressoché triplicato fra il 1993 e il 1999, passando dagli 8000 ai 21.175: l'incremento fra il 1998 e il 1999

è stato del 25,3% (*Figura 2*). I nati da stranieri residenti corrispondono al 4% dei nati. Esistono ovviamente sensibili differenze territoriali in funzione della quantità e del genere di immigrazione; per esempio, dalla raccolta dei dati riguardanti i nuovi nati nelle maternità dell'area fiorentina (Ospedale di Careggi, Ospedale di Torre Galli e Ospedale dell'Annunziata) risulta una concentrazione di nuovi nati da cittadini stranieri molto al di sopra del 4%: su 5.807 nuovi nati, ben 749 sono nati da cittadini stranieri, pari al 12,8%.

Non vi è dubbio che nelle statistiche riguardanti i nuovi nati in Italia sia ne-

cessario tener distinti i figli di cittadini italiani dagli altri. È senz'altro da ritenere che i lievi incrementi nel numero totale dei nuovi nati in Italia, rilevati negli ultimi due-tre anni, sia da attribuire all'incremento nel numero dei nuovi nati da cittadini stranieri.

È evidente che, dopo aver costituito una famiglia e constatato il loro inserimento a pieno titolo nelle strutture socio-sanitarie italiane, il lavoratore straniero e sua moglie hanno ritenuto di essere sufficientemente tutelati per mettere al mondo uno o più figli, il cui avvenire sarebbe stato completamente salvaguardato dalle leggi italiane.

È interessante notare a questo punto che, per il nuovo nato, i genitori possono scegliere fra la cittadinanza italiana, quella del Paese di origine o ambedue.

LA SCUOLA

All'aumento del numero dei minori ha corrisposto un progressivo inserimento dei figli di famiglie non italiane nella scuola. Questo fenomeno si è fatto rilevante negli ultimi anni, quando ai bambini nati in altri Paesi si sono aggiunti quelli che hanno visto la luce in Italia (*Figura 3*).

Fra il 1990 e il 1997 il numero dei bambini stranieri iscritti alle scuole elementari è triplicato, fino a raggiungere le 28.209 unità; anche i bambini iscritti alla scuola materna e alle scuole medie hanno più che raddoppiato il loro numero, raggiungendo nel 1997 livelli rispettivamente di 15.086 e di 13.567 (ISTAT-Rapporto annuale 1999).

Per presentare dati più recenti vengono riportati quelli della Toscana, dove nel 1999 il numero degli alunni stranieri è stato di 10.360, corrispondente a circa il 3% sul totale degli iscritti; riferendosi alla sola provincia di Firenze, la percentuale degli iscritti stranieri sale al 4,1%.

L'inserimento di bambini appartenenti a culture e religioni diverse ha comportato per le autorità scolastiche una serie di problemi, riguardanti essenzialmente la lingua e la refezione scolastica. Il problema della lingua è particolarmente sentito ed è di difficile soluzione, per cui sono allo studio comportamenti diversi, ognuno con i suoi vantaggi e i suoi svantaggi. Per la refezione scolastica il principio base, che ha costituito il filo conduttore per ogni tipo d'intervento, è stato nel Comune di Firenze quello del rispetto, per quanto possibile, della cultura tradizionale, per le seguenti ragioni:

MINORI STRANIERI RESIDENTI IN ITALIA (1997-1999)
(ISTAT, 1999)

Anno	Numero cumulativo	Bambini non italiani sul totale dei residenti (%)	Minori stranieri su 100 minori residenti
1997	150.080	15,1	1,46
1998	186.890	16,7	1,82
1999	229.849	18,1	2,25

Tabella III

NATI DA STRANIERI RESIDENTI IN ITALIA (1993-1999)
(ISTAT, 2000)

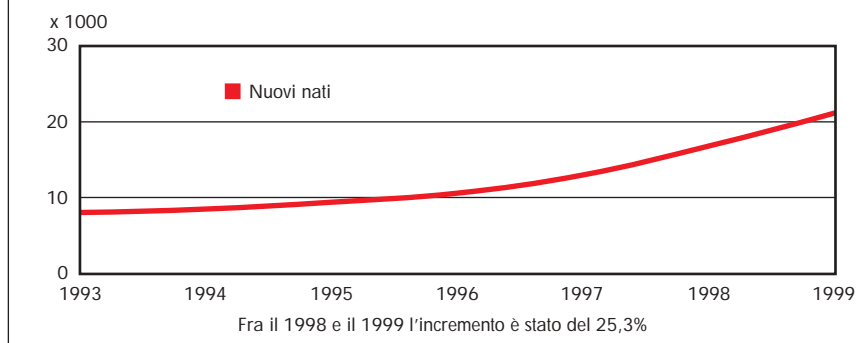


Figura 2

STUDENTI STRANIERI PER TIPO DI SCUOLA (1983-1997)
(ISTAT, 1999)

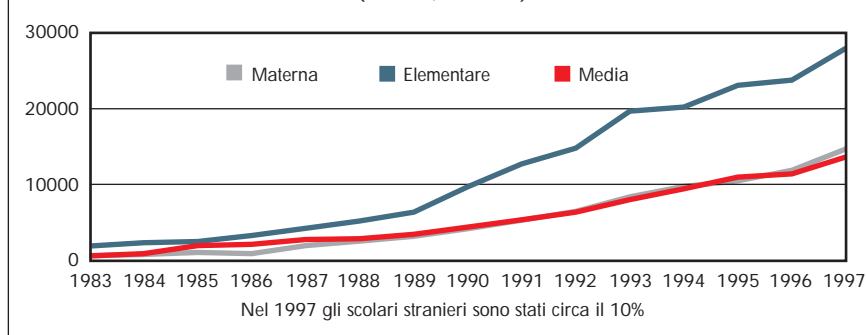


Figura 3

- per preservare il legame con il Paese di origine;
- per permettere l'osservanza delle norme religiose;
- per differenziare gli usi della famiglia del bambino straniero dalle abitudini del popolo ospitante.

Le difficoltà incontrate nel cercare di rispettare la cucina tradizionale sono dovute a diverse circostanze:

- i cibi importati sono spesso costosi e richiedono lunghi tempi di preparazione;
- le materie prime non sono in genere fresche, ma sono per lo più conservate;
- i piatti elaborati non sono spesso adatti al clima e alle abitudini italiane.

LE ADOZIONI NAZIONALI E INTERNAZIONALI

Come già rilevato nel 1990, la spinta delle famiglie all'adozione ha sempre una forte valenza positiva.

Gli anni dell'attesa e le difficoltà incontrate nello svolgimento delle pratiche, rafforzano di continuo le motivazioni della scelta. La maturazione psicologica raggiunta è tale che solo eccezionalmente si verificano in seguito difficoltà d'inserimento e, quando queste si manifestano, sono quasi sempre dovute all'età del bambino.

La presenza di un figlio biologico nella famiglia non rappresenta un ostacolo al successo dell'adozione.

Passando a esaminare l'andamento del numero delle adozioni dal 1990 al 1999 è possibile rilevare che, pur con una certa tendenza all'aumento progressivo, il numero totale delle adozioni è variato di poco, stabilizzandosi attorno alle 3.000 adozioni all'anno; di queste circa due terzi di tipo internazionale e circa un terzo di tipo nazionale (70,9% contro 29,1%) (Figura 4).

Oggi su 1.000 bambini che nascono in Italia 6 sono stati adottati, il che corrisponde a 1/173 nuovi nati.

Quello che invece è cambiato profondamente è il Paese di origine dei bambini adottati. Per questo è stata determinante la caduta del muro di Berlino, che dal 1989 ha aperto nuove vie di adozione internazionale. Al posto dei primi tre Paesi in testa nel 1982-1990, cioè Brasile, Cile e India, troviamo, nel 1999, tre Paesi dell'Est europeo, cioè l'ex-URSS (Ucraina in prima fila), Bulgaria e Romania (Tabella IV). I Paesi dell'ex-Unione Sovietica, come si vede dalla Tabella IV, rappresentano da soli più di un terzo di tutte le adozioni internazionali.

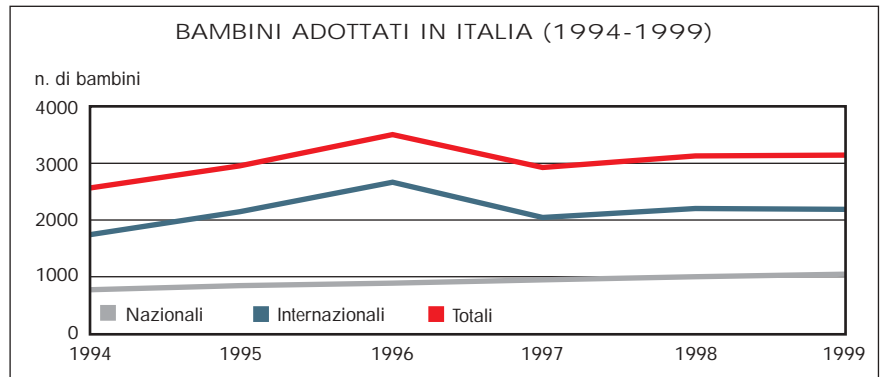


Figura 4

Paesi	1996	1997	1998	1999
Ex URSS	7	14,6	26,3	38,3
Bulgaria	3,8	6,4	10	13,5
Romania	19,9	20,5	11,6	11,2
India	5,4	7,4	7,1	7,7
Brasile	12,5	14,6	11,7	7,2
Colombia	9,1	12,3	9,3	7
Altri	42,4	24,2	23,8	15,2
Totale	100%	100%	100%	100%

*Istituto degli Innocenti, Firenze 2000

Tabella IV

Tipo di adozione	0-4 anni	5-9 anni	> 9 anni	Totale
Nazionale	18 (86%)	3 (14%)	0	21
Internazionale	127 (56%)	80 (36%)	18 (8%)	225
Totale	145	83	18	246

*Istituto degli Innocenti, Firenze 2000

Tabella V

Le condizioni che hanno portato a questi cambiamenti sono legate a diversi fattori:

- permissività delle normative dei Paesi di origine nei confronti dell'adozione;
- disponibilità di bambini da assegnare in adozione;
- relativa vicinanza geografica;
- maggiore vicinanza fisica e culturale.

Per la Toscana ho raccolto i dati riferenti all'età dei bambini al momento dell'adozione (Tabella V).

Dalla tabella si ricava che in Toscana il numero delle adozioni nazionali è nettamente inferiore al dato italiano (8,5% contro il 29,1%). Inoltre è evidente che

la gran parte delle adozioni nazionali riguarda bambini fra 0 e 4 anni (86% contro il 56% di quelle internazionali), mentre non ne è presente nessuna di bambini di età > 9 anni.

Un altro dato interessante, riferito sempre alla Toscana, riguarda il numero dei bambini adottati per ogni famiglia: il 13,5% delle coppie adotta più di un bambino. Una famiglia ha adottato 4 bambini (Tabella VI).

Per venire incontro alle famiglie che decidono d'intraprendere un'adozione internazionale è stata di recente emanata una legge (Legge 31 dicembre 1998, n.476) che definisce ed enumera le As-

COPPIE ADOTTANTI
PER NUMERO DI BAMBINI
ADOTTATI (TOSCANA 1999)*

Bambini	Coppie
1	187
2	23
3	3
4	1

*Istituto degli Innocenti, Firenze 2000

Tabella VI

sociazioni ritenute idonee per l'esecuzione delle pratiche relative all'adozione di bambini di origine da altri Paesi. Si è inteso così impedire la speculazione a danno delle famiglie adottanti.

La prima visita dei bambini adottati

Una volta che il bambino adottato sia entrato nella famiglia, i genitori decidono normalmente di far visitare il primo possibile il bambino dal pediatra di famiglia. Alla prima visita la famiglia si trova in un evidente stato di ansia; si aspetta dal pediatra una risposta di salute per il nuovo componente del nucleo familiare.

Stabilito, in base all'anamnesi (quasi sempre limitata e spesso indecifrabile) e a un completo esame obiettivo, lo stato di salute del bambino e dopo aver espresso ai genitori i rilievi riscontrati, il pediatra ha di fronte a sé due obiettivi principali:

□ il primo è quello di mettere in grado il bambino di difendersi dalle aggressioni degli agenti infettivi presenti nel nostro Paese, e in particolare nella famiglia adottiva (delle vaccinazioni, che rappresentano la prevenzione primaria per eccellenza, parleremo in seguito);

□ il secondo, altrettanto importante e speculare rispetto al precedente, è quello di difendere la famiglia ed eventualmente gli altri bambini conviventi dall'aggressione da parte di agenti infettivi di cui il bambino sia inconsapevolmente portatore (anche dei diversi esami da suggerire parleremo in seguito).

La maggior parte dei bambini adottati si è trovata nel Paese di origine in una situazione di carenza affettiva e di carenze alimentari di diverso tipo, per cui sono spesso rilevabili uno scarso quoziente di sviluppo (ma era proprio necessario eseguirlo in questi bambini?) e un ridotto accrescimento staturale-ponderale.

Le cure di amore, di nutrimento e di assistenza che i nuovi genitori e il pediatra di famiglia sono capaci di offrire al nuovo bambino conducono, nell'arco di

pochi mesi, a risultati eccezionali. Il pediatra è testimone di questa immediata e improvvisa ripresa delle attività intellettive, del peso e dell'altezza: i centili adeguati vengono raggiunti e superati in breve tempo. La famiglia, quando il pediatra spiega questo fenomeno, viene gratificata e si riempie di orgoglio e di gioia.

LE MALATTIE INFETTIVE

Fortunatamente la maggior parte dei bambini adottati non presenta malattie infettive, ma il pediatra, considerando le diverse provenienze dei bambini, deve ricercare alcune situazioni patologiche:

- tubercolosi (India, soprattutto, e Nord Africa);
- epatite B e C (Oriente, Africa);
- infezione da HIV (Romania, Africa, Brasile);
- malaria, giardiasi, amebiasi (Africa);
- infestazioni da schistosomi, filarie, strongiloidi, anchilostomi, tenie e altri elminti (Africa).

Per l'identificazione di queste infezioni, che quasi sempre sono presenti in modo assolutamente asintomatico, il pediatra prescrive una serie di esami, cercando di ridurre al minimo le richieste:

- emocromo con striscio
- indicatori dell'epatite A, B, C
- VRDL e HIV
- intradermoreazione alla tubercolina
- coltura dalle feci con ricerca dei parassiti
- esame delle urine
- altro.

Il pediatra privilegerà una prova invece di un'altra, a seconda del Paese di origine.

Altri accertamenti saranno consigliati in base ai reperti obiettivi rilevati. Un ec-

cesso di esami, come viene suggerito di routine da alcuni Centri, è sempre assolutamente inopportuno.

In mancanza di dati nazionali sui ricoveri dei bambini, figli di famiglie non italiane, sono stati forniti dal Sistema informativo EDP dell'Azienda Meyer i dati riguardanti i ricoveri ordinari di bambini stranieri dal 1995 al 2000 (Figura 5).

Dall'esame del grafico relativo al 2000 (di cui sono stati valutati solo i primi 10 mesi) risulta evidente l'aumento di almeno 4 volte nel numero dei ricoveri, soprattutto a carico all'età da 0 a 1 anno. Nel 2000 i ricoveri dei bambini stranieri sono risultati il 7,7% di tutti i bambini ricoverati.

LE VACCINAZIONI

Una delle difficoltà che il pediatra incontra più spesso nel prestare la propria opera a favore di un bambino adottato o del figlio di una famiglia straniera riguarda le vaccinazioni.

Per i bambini nati in Italia il problema è minore, perché la nostra schedula vaccinale è stata applicata, in tutto o in parte, ed esiste nella maggior parte dei casi la registrazione di quanto è stato fatto. Più spesso le difficoltà insorgono per i bambini nati all'estero e successivamente giunti in Italia.

1. Documentazione insufficiente o mancanza assoluta di documentazione. È questa una situazione abbastanza frequente. A volte le vaccinazioni e le date della loro esecuzione sono illeggibili o di difficile interpretazione, a volte sono erroneamente riportate, a volte le schedule effettuate sono profondamente diverse da quelle in atto nel

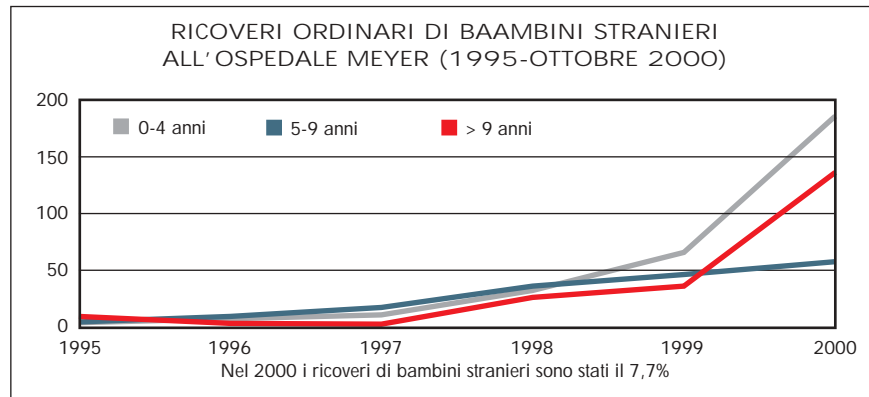


Figura 5

nostro Paese (Decreto Ministeriale del 7 aprile 1999), a volte infine il pediatra, per la trascuratezza della documentazione, ha un forte dubbio che quanto registrato nei documenti non corrisponda effettivamente alla realtà e cerca una conferma sierologica di quanto sarebbe stato fatto.

In una vecchia Circolare Ministeriale viene consigliato, di fronte a casi dubbi, di ricercare gli anticorpi contro il tetano e di basarsi sui valori rilevati per completare il calendario, ritenendo per buono quanto riportato nella cartellina personale delle vaccinazioni. Poiché viene considerato protettivo un titolo di anticorpi antitetano uguale o superiore a 0,1 UI/ml, ci si regola in tal modo:

- se il valore rilevato è uguale o superiore a 0,1 UI/ml il bambino si considera vaccinato e si stabilisce, a seconda dell'età, quando praticare una dose di richiamo di DT o di Td;
- se il valore rilevato è fra 0,01 e 0,1 UI/ml, viene consigliato un richiamo;
- se il valore rilevato è inferiore a 0,01 UI/ml, si procede alla vaccinazione primaria con DT o Td.

D'altra parte oggi è molto facile trovare una risposta alla richiesta di eseguire il dosaggio di altri anticorpi, soprattutto quelli anti-HBs.

2. Il bambino non è stato mai vaccinato. In questo caso il bambino inizia le vaccinazioni, seguendo il nostro calendario vaccinale, da adattare all'età del bambino (Tabella VII).

3. Il bambino è stato vaccinato regolarmente e la sua situazione è stata sufficientemente documentata. Anche questo bambino segue la nostra scheda vaccinale, adattandola alla sua stessa età (Tabella VII).

4. Gli intervalli fra le diverse dosi non sono stati rispettati. Se vogliamo seguire le indicazioni del Ministero della Sanità (Circolare Ministeriale del 9

VACCINAZIONI CONSIGLIATE IN BAMBINI NON VACCINATI NEL PRIMO ANNO DI VITA				
	Età fra 1 e 7 anni		Età di 7 anni o superiore	
Prima visita	DTPa, IPV, Hep B, Hib, MPR		Prima visita	Td, IPV, Hep B, MPR
Dopo 2 mesi	DTPa, IPV, Hep B, Hib		Dopo 2 mesi	Td, IPV, Hep B
Dopo altri 6-8 mesi	DTPa, OPV, Hep B		Dopo 6-8 mesi	Td, IPV, Hep B
Dopo 1-2 anni	OPV		Dopo 2-3 anni	IPV
A 5-6 anni	MPR, DTPa		A 12 anni e poi ogni 10 anni per la vita	Td
A 12 anni e poi ogni 10 anni per la vita	Td			

DTPa= vaccino contro difterite, tetano, pertosse acellulare; IPV = vaccino inattivato contro la polio, tipo Salk; OPV = vaccino vivo attenuato contro la polio, tipo Sabin; Hep B = vaccino contro l'epatite B; Hib = vaccino contro l'*Haemophilus influenzae* tipo b; MPR = vaccino contro morbillo, parotite e rosolia; Td = vaccino contro tetano e difterite, tipo adulto

Tabella VII

agosto 1982, n.52, richiamata e ampliata dal Decreto Ministeriale 7 aprile 1999), per la difterite e il tetano dovremmo ricominciare da capo la vaccinazione quando l'intervallo di tempo fra la prima e la seconda somministrazione superi 1 anno, e quando l'intervallo fra la seconda e la terza superi i 5 anni. Nel più recente DM viene consigliato di riprendere dall'inizio la vaccinazione anche per polio, epatite B e *Haemophilus influenzae* tipo b. Ma le indicazioni di tutta la letteratura internazionale (Stati Uniti in prima fila) non sono in accordo con queste indicazioni restrittive: prima per il vaccino contro l'epatite B, e poi per le altre vaccinazioni (DTPa compresa), è stato consigliato di non riprendere mai dall'inizio la vaccinazione, ma di proseguire le somministrazioni dal punto in cui sia stata interrotta, senza tener conto del periodo di tempo trascorso. Probabilmente i Pediatri di famiglia che volessero applicare questi ultimi suggerimenti si troveranno in difficoltà con al-

cuni Servizi di vaccinazione, che rimangono ancorati alle vecchie regole, stabilite dal Ministero della Sanità.

Si ringraziano: per il Tribunale dei minori di Firenze il dottor Piero Tony; per l'Istituto degli Innocenti il dottor Enrico Moretti; per il Comune di Firenze la dott.ssa Daniela Lastrì; per il Provveditorato agli Studi di Firenze la dott.ssa Anna di Mela e la dott.ssa Franca Cantini; per le Neonatologie di Firenze i dottori Giuseppe Assenza, Domenico Cianciulli e Sebastiano Tofani; per l'Azienda Meyer la dott.ssa Cecilia Chiarugi; per il Dipartimento di Pediatria la prof.ssa Caterina Adami Lami; per la Pediatria di Famiglia la dott.ssa Antonina Chiccoli.



VIDEOCASSETTE CONFRONTI IN PEDIATRIA 2000

1. L'immunoterapia per via orale A. vierucci, G. Longo - 2. Curare l'epatite C L. Zancan, G. Maggiore - 3. L'adenoidectomia nelle OMAR E. Zocconi, P. Marchisio - 4. Fare la prevenzione del piede piatto G. Tagliavoro, G. Maranzana - 5. La terapia farmacologica della bronchiolite E. Barbi, G. Cavagni, - 6. Lo screening della malattia celiaca A. Ventura, C. Catassi - 7. DDVP nell'enuresi L. Chiozza, M. Pennesi - 8. Il bambino proveniente dai Paesi extraeuropei G. Bartolozzi - 9. Utilizzare i probiotici S. Martelossi, M. Fontana - 10. Mettere in dieta l'obeso G. Tonini, A. Saggini - 11. Fare o non fare la visita domiciliare G. Meneghelli, D. Faraguna, S. Fedele, A. Alberti

Il costo di una videocassetta è di lire 60.000 (comprensivo di IVA e spese postali)

Modalità di pagamento: Assegno bancario non trasferibile intestato a Quickline. Bonifico bancario presso la Banca di Roma, Agenzia Trieste 3, L.go Barriera Vecchia 6, c/c 670839. Versamento su c/c postale n. 12128344 (specificando la causale) intestato a Quickline. e-mail: info@quickline.it Quickline sas, via Santa Caterina 3, 34122 Trieste - Tel 040 / 773737 - 363586 Fax 040 / 7606590