

## POSSONO I PEDIATRI ACCETTARE UN CAMBIAMENTO NELLA LORO PRATICA?

*«Non esistono ricette per abbellire la natura  
Si tratta solo di vedere»*

Nel mese di maggio di quest'anno un pediatra di famiglia associato (Greg Prazar), che vive negli Stati Uniti, ha scritto sulla rivista *Arch Pediatr Adolesc Med* (vol. 159; pag. 500-2) un editoriale su quelli che, secondo lui, potevano essere i cambiamenti da adottare nella pratica pediatrica di 1° livello (la nostra Pediatria di famiglia) in un prossimo futuro. L'editoriale ha accompagnato il numero della rivista dedicato a problemi che riguardano le attività del pediatra ambulatoriale su temi inerenti: la gestione dell'asma, le indicazioni per la ricerca dell'*Helicobacter pylori*, l'uso del test rapido per la faringite da SBEA, i motivi del rifiuto dei genitori nell'eseguire le vaccinazioni per i propri figli, gli interventi per l'informazione degli adolescenti sui rischi di trasmissione dell'HIV, l'adozione di un programma informativo computerizzato per famiglie su alcuni problemi generali di salute dei bambini, l'attività fisica nei pazienti obesi.

In pratica, a partire da queste rilevanti tematiche di salute pubblica, quello che Greg Prazar si auspica è un cambiamento nella pratica del pediatra di famiglia (e, aggiungo io, anche ospedaliero).

Ho trovato alcuni dei punti che sono indicati, con le dovute differenze rispetto alla realtà statunitense, pertinenti. Vorrei riportarli, adattandoli, in positivo e negativo, alla realtà italiana. In pratica, quello che è già in corso e quello che sarebbe davvero auspicabile che avvenisse per il prossimo futuro.

1. Il primo riguarda la definizione di un'agenda di lavoro per la comunità dei pediatri. Negli Stati Uniti questo avviene tramite il PROS (*American Academy of Pediatrics, Pediatric Research in Office Setting Network*) che è una rete di circa 2000 pediatri che si occupano di ricerca e di programmi di salute pubblica. In Italia questo Network è presente, ha una sua storia significativa all'interno dell'Associazione Culturale Pediatri (ACP), ma stenta a decollare e a essere un progetto "permanente" (di ricerca e di pronuncia-mento su problemi di salute pubblica che riguardano i bambini). Inoltre, e questo è l'aspetto più critico, vi è di fatto una frammentazione che non è solo organizzativa, ma a volte ideologica. Le diverse associazioni che si occupano della salute dei bambini, a livelli diversi e con funzioni diverse (parlo dell'ACP, della Federazione Medici Pediatri, FIMP, e della Società Italiana di Pediatria, SIP), non hanno su problemi rilevanti una visione di insieme, né soprattutto un confronto serio che tuteli i diritti della famiglia e del bambino. Gli aspetti corporativi (mi si passi il termine) rischiano di essere, negli ultimi tempi, più importanti rispetto ai contenuti. Gli obiettivi da raggiungere non vengono spesso affrontati "per tematiche di priorità", con il metodo che deve precedere necessariamente le conclusioni, ma con l'estemporaneità di chi ha la necessità di rendere conto. Mancano inoltre chiari rapporti con le istituzioni pubbliche (l'Istituto Superiore di Sanità, il Ministero della Salute ecc.). La soluzione non è semplice. Occorre innanzitutto uno spi-

rito partecipativo, che renda la propria pratica a servizio di obiettivi di programmazione sanitaria ben definiti e approvati senza resistenze "di parte". Un'agenda da rispettare, magari differenziata per bisogni regionali o locali, ma pur sempre un'agenda di lavoro. Sul come fare se ne discute da anni. Il primo passo è quello di sintonizzarsi sui bisogni del bambino (frase fatta ma a effetto su questa specifica tematica) piuttosto che sui bisogni corporativi o personali.

2. Il secondo aspetto riguarda la presenza di figure che siano leader "entusiasti" all'interno di gruppi, associazioni di pediatri, reparti ospedalieri. Sembra un aspetto banale, forse lo è, forse appartiene a una cultura americana, ma è pur sempre un punto sul quale riflettere. Il leader entusiasta è quello che trascina il gruppo, seguendo obiettivi che siano condivisi in senso formativo e di risultati. Si tratta di definire quali, e qui torniamo al primo punto del cambiamento auspicato.

3. Il terzo è una vera scommessa organizzativa. Si potrebbe dire che il salto qualitativo sta nel passare dai bilanci di salute ai bisogni di comunità. La proposta è la seguente: che per ambiti territoriali ci siano figure professionali non mediche (tipo assistente sociale, ma che possiamo anche chiamare coordinatore delle cure sociali) che si facciano carico dei bisogni socio-assistenziali delle famiglie e dei bambini che ne hanno necessità. Questo punto risponde a un bisogno di cura coordinato (tra pediatra di famiglia e ospedale, tra ospedale e territorio, tra infermiere domiciliari e le altre figure mediche specialistiche e non) per le persone con bisogni speciali. Questa figura potrebbe essere trasversale anche alla medicina di famiglia dell'adulto, ma in ogni caso una figura competente e professionale.

4. Il quarto punto auspica la possibilità che rappresentanti di famiglie dei bambini con patologie croniche possano partecipare a riunioni periodiche in cui si parli di alcuni aspetti della cura. Un obiettivo ambizioso, che ha lo scopo di verificare quelli che sono i bisogni socio-assistenziali dei malati cronici: scolastici, di integrazione sociale, a volte di assistenza domiciliare, di continuità tra ospedale-centro specialistico e territorio, diritti assistenziali. Una funzione importante è già svolta dalle Associazioni regionali, ma il percorso che si può immaginare prevede un ruolo più pertinente e specifico in ogni singola realtà locale. Capita ancora spesso di sentire storie diverse a seconda dei luoghi di residenza. Esperienze non messe in comune, comunicazione tra ASL, pediatra di famiglia e ospedaliero carenti, genitori poco informati sui loro diritti.

5. Un ultimo punto dell'agenda ha a che fare con la comunicazione, l'ascolto, l'educazione genitoriale (e dello stesso pediatra). Formazione e ancora una volta voce ai genitori, motivati a programmare incontri che affrontino tematiche rilevanti di salute pubblica.

Un'agenda di lavoro che ha forse aspetti di poca praticità (organizzativa in primis), ma che ha l'obiettivo di chiedersi quali sono ora, nel 2005, i ruoli e le funzioni del pediatra nel prossimo futuro. Si tratta di adottare alcuni auspicabili cambiamenti che possono essere di disturbo per la personale pratica consolidata giornaliera. Ma questo spontaneo cambiamento dovrebbe avvenire prima ancora che le richieste vengano dall'alto, magari imposte secondo disegni e strategie che non rispondono ai bisogni dell'infanzia. Bi-

## Editoriali

sogni, si è detto tante volte, indubbiamente diversi rispetto a 10 o 20 anni fa.

Resta da chiedersi perché è necessario discutere di un cambiamento della propria pratica e quali sono i problemi che richiedono questa modifica per ottenere risultati migliori di quelli sinora raggiunti. *Medico e Bambino*, al pari di *Arch Pediatr Adolesc Med*, ha da sempre riportato alcune delle problematiche che richiedono un auspicabile cambiamento. Alcuni esempi voglio ricordarli come una possibile agenda di problemi da affrontare. Il problema delle politiche vaccinali differenziate tra regione e regione e tra evidenze e raccomandazioni; i modelli assistenziali per i bambini con bisogni speciali; le differenze tra Nord e Sud su indicatori forti di salute; le differenze territoriali nelle prescrizioni farmacologiche, che sono indicatori di una mancanza di strategie condivise nell'affrontare gli stessi problemi; la mancanza di continuità nelle cure tra ospedale e territorio; i problemi dei bambini con problemi neuro-psichiatrici, in termini riabilitativi e assistenziali; la formazione che vada al di là di una buia logica di accreditamento ma che sia funzionale ai bisogni di conoscenza del pediatra e di assistenza dei bambini. E altro ancora. Qualsiasi suggerimento per un auspicabile cambiamento sarà ben accolto.

Federico Marchetti

### OBESITÀ

Dopo la guerra contro il fumo (abbastanza ben riuscita, forse addirittura oltre le attese), il Mondo Ricco ha deciso di dichiarare una guerra più difficile, quella contro l'obesità: un'epidemia che, forse, è stata resa più estesa anche dai risultati della guerra al fumo (chi fuma meno, mangia di più, in qualche modo bisogna pur consolarsi), e che comunque è considerata, già a partire dall'età pediatrica, l'epidemia umana di maggiore portata e con i maggiori pericoli. Nel Mondo Ricco l'obesità è la malattia delle classi più povere (non ultima ragione è che il McDonald's dà cibo ricco di calorie a basso prezzo); nel Mondo Povero, alla malnutrizione proteico-calorica dei più poveri si affianca infelicitemente l'obesità dei ricchi, tanto più violenta quanto più la ricchezza è recente.

È certo che l'umanità, la forma stessa dell'uomo, il rapporto tra la sua circonferenza e la sua altezza, assieme alla sua cultura, al suo modo di pensare e di sentire, di muoversi, di agire, stanno subendo modificazioni violente come gli uragani in Florida. I disastri sono di apparenza diversa: gli uragani, appunto, ma anche l'obesità, l'alcol, il fumo, la droga, la prostituzione, il traffico dei bambini, la guerra, l'inquinamento e la desertificazione. Ma il vento ha una sola direzione e una sola spinta: quella della ricerca di benessere, inappagata per la maggior parte del mondo, esasperata e deviata (sempre più bisogno di benessere, fino a non poterne più) nelle classi più ricche del mondo più ricco: una ricerca naturalmente umana, ma che richiede una governance, una strategia di autocontrollo che l'uomo sembra lontano dal poter raggiungere.

C'è, più che il sospetto, l'evidenza che le singole guerre contro le singole epidemie non modificheranno il trend ge-

nerale, che avrà bisogno di un ben più deciso viraggio dello spirito dell'uomo. Chissà. Oggi, si tappa un buco e se ne apre un altro.

Però, fino a dove è possibile, già oggi, i buchi van tappati, o almeno ogni sforzo deve essere fatto per tapparli. Ogni buco è anche una ferita per una persona, per molte, moltissime persone, per moltissimi "domani". Sembra naturale che anche questa battaglia, che può forse apparire paradossale e caricaturale, come un film di Stanlio e Ollio, vada combattuta, ambulatorio per ambulatorio, oggi, dai pediatri, con un impegno che sinora non c'è stato, e a dispetto di ogni pessimismo per il domani.

In Italia c'è il pediatra di famiglia. L'obesità (e il sovrappeso, e la pancina più larga del dovuto) si vede con gli occhi, senza bisogno del plicometro, e nemmeno della bilancia. Non è necessario uno screening, solo della cultura. L'eccesso di peso a 4 anni è, dopo l'obesità dei genitori, il più importante fattore di rischio per l'età adolescenziale-adulta (OR: 10). Quella contro l'obesità è (anche) una battaglia per la persona, per la singola persona, per il singolo iscritto, per quel tale bambino, che più facilmente di un altro ha dietro le spalle una famiglia più povera e meno attenta, una famiglia da "Nati per leggere", una famiglia che ha bisogno di una guida più paziente e più difficile.

Di obesità si scrive e si parla, in pediatria, da trent'anni (almeno): ma il numero dei bambini obesi è in aumento, e non si percepisce nei pediatri (nei singoli pediatri, o nelle associazioni pediatriche) un impegno vero in questo senso. È ora.

Bisogna cominciare a lavorare di anticipo, PRIMA che l'obesità si manifesti (e naturalmente anche dopo, con una professionalità che sinora manca). Bisogna forse che il pediatra cominci, anche da lì, a "cambiare il suo mestiere". Siamo già nel capitolo, difficile, dell'educazione, ma siamo ancora nel capitolo, obbligatoriamente nostro, della medicina. Questo numero della Rivista si apre con un Consensus dove c'è tutto quello che serve per cominciare a pensarci davvero, e per cominciare poi ad approfondire, ma anche a muoversi. Muoversi vuole dire studiare, vuol dire anche sperimentare degli approcci, possibilmente degli approcci collettivi, leggi "lavoro di gruppo". Cercare dei risultati. Una sfida, per la pediatria italiana, e, nel medesimo tempo, anche un invito per ciascun pediatra, perché ciascun pediatra ha certo tra i suoi assistiti un po' di obesi (non si sente un poco in colpa?), un bel po' di bambini sovrappeso (ci pensa abbastanza?) e un bel po' di bambini "che promettono bene" (doveroso prevenire).

Franco Panizon

### LA SICUREZZA DEI FARMACI IN PEDIATRIA

Con l'obiettivo di ottenere le informazioni mancanti sull'efficacia d'uso dei farmaci in pediatria si è via via affermata a livello internazionale la necessità di effettuare sperimentazioni cliniche controllate anche in ambito pediatrico<sup>1,2</sup>. Come per gli adulti, va tenuto presente che le sperimentazioni cliniche che precedono la commercializzazione di un farmaco sono in grado di fornire informazioni sufficienti sul

beneficio atteso di un farmaco. Viceversa, per le loro caratteristiche intrinseche, le sperimentazioni cliniche non sono sempre in grado di fornire gli elementi necessari alla determinazione del profilo di sicurezza, quando un farmaco viene utilizzato dalla popolazione generale.

Il problema principale in termini di sicurezza riguarda il fatto che nelle sperimentazioni cliniche sono inclusi comunque un numero relativamente limitato di soggetti. Reazioni avverse da farmaci (ADR) relativamente rare (ad es., con un'incidenza di 1 su 1000 o 1 su 5000 utilizzatori) possono presentare un impatto notevole di sanità pubblica, anche se non giungono all'evidenza a livello delle sperimentazioni cliniche. Si può stimare che in un Paese come l'Italia, in un anno, sono oltre quindici le sostanze utilizzate da più di 100.000 bambini di età inferiore a 14 anni, e per diversi antibiotici il livello d'uso è superiore a 500.000 bambini<sup>3</sup>. Il caso limite è quello di un nuovo vaccino che può arrivare a essere utilizzato dall'intera popolazione di una certa fascia di età.

Per completare le informazioni sul profilo di sicurezza di un farmaco dopo la commercializzazione è necessario combinare diversi approcci, fondati in particolare sulle segnalazioni spontanee e sui sistemi di sorveglianza attiva.

Anche gli studi epidemiologici ad hoc sono importanti, ma per la loro natura sono soprattutto utilizzati per fornire una risposta dopo che un segnale di sicurezza è stato messo in evidenza, di norma, dai diversi sistemi di segnalazione spontanea e di sorveglianza attiva integrati a livello internazionale. La segnalazione spontanea dei potenziali eventi avversi rimane uno strumento insostituibile nella popolazione pediatrica come in quella adulta. Va ricordato che tale segnalazione non va effettuata solo quando il medico abbia raggiunto un grado di "certezza" sul nesso causale. Al contrario, e in particolare per gli eventi gravi o riguardanti farmaci di recente immissione in commercio, una notevole importanza va attribuita anche alla segnalazione di eventi, il cui legame di causalità sia considerato incerto. L'analisi aggregata di tali segnalazioni può consentire interpretazioni fondate con ricadute potenzialmente rilevanti.

Il caso del vaccino antirotavirus testimonia il ruolo e l'importanza delle segnalazioni spontanee. Negli USA, infatti, nei primi 8 mesi di commercializzazione del vaccino erano state effettuate 9 segnalazioni spontanee di invaginazione intestinale, rispetto alle 4 pervenute nei 7 anni precedenti. La probabilità che un cluster di segnalazioni di quella entità fosse dovuto solo all'effetto del caso era così improbabile da convincere la *Food and Drug Administration* a sospendere il vaccino. Uno studio epidemiologico condotto subito dopo ha confermato un maggior rischio di invaginazione intestinale di oltre 20 volte (RR: 21,7; IC 95%: 9,6-48,9) fra i bambini che avevano ricevuto il vaccino<sup>4</sup>. È di interesse notare che l'entità dell'incremento di rischio osservato nello studio epidemiologico è stato simile a quello che poteva essere stimato sulla base delle segnalazioni spontanee.

Un altro strumento utile per la definizione del profilo di rischio di un farmaco è rappresentato dalla sorveglianza attiva. Questa può essere organizzata focalizzando l'attenzione su un farmaco o su una popolazione di utilizzatori, cioè a partire dagli esposti, oppure su una condizione clinica, cioè a partire dai casi di possibile ADR. Il principale punto

di forza è quello di puntare a recuperare tutti gli eventi che si verificano all'interno del contesto della sorveglianza. Si supera così il principale limite delle segnalazioni spontanee, che è rappresentato non tanto dalla sottonotifica, ma da una possibile sottonotifica differenziale fra farmaci a confronto. Come conseguenza del punto precedente, all'interno di una sorveglianza attiva è possibile effettuare stime di rischio di ADR molto più affidabili di quelle derivanti dalle segnalazioni spontanee.

Esempi di sorveglianza attiva sono forniti dai registri realizzati per il monitoraggio dell'uso di farmaci che presentano un profilo beneficio-rischio favorevole solo all'interno di condizioni cliniche molto particolari. Si pensi in questo senso al registro dei bambini con artrite reumatoide che ricevono i nuovi farmaci anti-TNF. Un intento simile è rappresentato dalla prevista istituzione di registri degli utilizzatori di farmaci approvati nel trattamento delle malattie rare.

Come esempio di sorveglianza sugli eventi avversi da farmaci vi è quella condotta all'interno del GISED, cioè il gruppo italiano che conduce studi in dermatologia. Sempre per quanto riguarda la sorveglianza basata sugli eventi, è attualmente in corso in Italia uno studio sui bambini ricoverati tramite pronto soccorso per condizioni cliniche acute predefinite (piastrinopenie, con numero di piastrine inferiori a 100.000; lesioni esofago-gastroduodenali confermate endoscopicamente o diagnosi clinica di ematemesi e/o melena; disturbi del sistema nervoso centrale, escluse le convulsioni febbrili, e neuropatie periferiche; malattie muco-cutanee non infettive e vasculiti). Partecipano attualmente allo studio, che è coordinato dal Centro di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità, l'Azienda Ospedaliera Santobono-Pausilipon di Napoli, il Dipartimento di Pediatria dell'Università di Padova, l'Istituto Giannina Gaslini di Genova, l'Ospedale Pediatrico Bambin Gesù di Roma.

Nella sorveglianza è stata per esempio quantificata l'associazione tra uso di acido niflumico e comparsa di malattie muco-cutanee, tra metoclopramide e insorgenza di sintomi extrapiramidali, tra l'utilizzo anticongestionante di nafazolina e problemi neurologici<sup>5-7</sup>. Si potrebbe osservare che in tutti e tre i casi erano già riportati in letteratura segnalazioni spontanee e case-report. Tuttavia, la quantificazione dell'entità di un rischio (con i relativi intervalli di confidenza) contribuisce a definire il profilo beneficio-rischio in un modo che può essere più facilmente incorporato nella decisione di prescrivere o meno un farmaco. Per esempio, nel caso della nafazolina è segnalata, come reazione avversa, la depressione del sistema nervoso centrale. Tuttavia, sapere che l'utilizzo di nafazolina aumenta di circa 20 volte il rischio di finire in pronto soccorso con una sintomatologia caratterizzata da sonnolenza e torpore (sintomi spesso associati a pallore e bradicardia) può aumentare la cautela, quando si decide di prescrivere questo decongestionante.

Ciò, in particolare, se si tiene conto che secondo una revisione sistematica Cochrane<sup>8</sup>, per l'indicazione più frequente, rappresentata dal raffreddore, risultano essere stati effettuati cinque studi negli adulti (che hanno incluso nel complesso 286 persone) e nessuno nei bambini. La conclusione della revisione è che vi sia una moderata efficacia nell'utilizzo solo a breve termine negli adulti (13% di ridu-

## Editoriali

zione nei sintomi soggettivi dopo la prima dose). Sempre secondo la medesima revisione Cochrane "i dati sull'uso di questi farmaci nei bambini sono insufficienti e quindi non sono raccomandati nel trattamento del raffreddore".

Non tutti i segnali che emergono in una sorveglianza vengono successivamente confermati. Per esempio, l'incremento di rischio di reazioni cutanee associate all'uso di acido niflumico messo in evidenza nello studio sopracitato<sup>3</sup> non è stato confermato in uno studio successivo pubblicato di recente<sup>9</sup>. Non è questa la sede per una discussione approfondita delle potenzialità e limiti di entrambi gli studi. Rimane la possibilità che una stima di rischio più elevata per l'acido niflumico esprima un picco casuale su un rischio comunque più elevato dei FANS, oppure che lo studio più recente rappresenti un falso negativo. Indipendentemente dalla vera stima del rischio, si deve considerare che esiste un uso improprio dei FANS come antipiretici e antidolorifici in pediatria, tenuto conto della presenza di un'alternativa quale il paracetamolo che per efficacia e sicurezza è considerato di riferimento a livello internazionale.

Un ultimo punto riguarda il rapporto fra esperienza personale e incidenza (o entità del rischio relativo) di una reazione avversa ai farmaci. Le ADR con bassa incidenza possono passare inosservate nella pratica clinica di un singolo medico. Può quindi insorgere una sensazione di sicurezza, e di scetticismo a fronte di segnalazioni riportate in letteratura o di decisioni delle autorità regolatorie. È allora indispensabile un'attenzione aggiuntiva perché, se le informazioni sull'efficacia possono essere soprattutto desunte dalle sperimentazioni condotte in pediatria, le informazioni

sulla sicurezza sono il risultato di uno sforzo comune di tutti i clinici.

**Giuseppe Traversa e Francesca Menniti-Ippolito**  
**Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza**  
**e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità**

### Bibliografia

1. Bonati M, Choonara I, Hoppu K, Pons G, Seyberth H. Closing the gap in drug therapy. *Lancet* 1999;353:1625.
2. Royal College of Paediatrics and Child Health: Ethics Advisory Committee. Guidelines for the ethical conduct of medical research involving children. *Arch Dis Child* 2000;82:177-82.
3. Traversa G, Da Cas R, Panei P, Romagnoli C, Rossi M, Abraha I, Di Loreto P, Gamboni B. Prescrizione farmaceutica in Umbria. Analisi dei dati relativi al 2002. Rapporti ISTISAN, 03/24.
4. Murphy TV, Gargiullo PM, Massoudi MS, et al. Intussusception among infants given an oral rotavirus vaccine. *N Engl J Med* 2001;344:564-72.
5. Menniti-Ippolito F, Sagliocca L, Da Cas R, Saggiomo G, Di Nardo R, Traversa G, and the Santobono Study Group for Adverse Drug Reactions in Children. Niflumic acid and cutaneous reactions in children. *Arch Dis Child* 2001;84:430-31.
6. Menniti-Ippolito F, Traversa G, Da Cas R, Rossi R, Renna S, Barabino P, Saggiomo G, Vetrano F, Sagliocca L. Extrapyramidal reactions in children treated with metoclopramide. *Ital J Pediatr* 2004;30:49-52.
7. Bollettino di Informazione sui Farmaci. Nafazolina e reazioni avverse neurologiche in pediatria 2005;2:55-58.
8. Taverner D, Latte J, Draper M. Nasal decongestants for the common cold. In: *Cochrane database of systematic reviews* 2, 2005.
9. Sturkenboom M, Nicolosi A, Cantarutti L, Mannino S, Picelli G, Scarmarcia A, Giacquinto C. Incidence of mucocutaneous reactions in children treated with niflumic acid, other nonsteroidal antiinflammatory drugs, or nonopioid analgesics. *Pediatrics* 2005;116:26-33.

## CASI INDIMENTICABILI IN PEDIATRIA AMBULATORIALE

Vicenza, venerdì 10 febbraio 2006

Hotel Jolly Tiepolo

- 9.00 Prima Sessione** (8 casi)  
*moderatori A. Ventura, L. Zancan*
- 11.00 Coffee break**
- 11.30 Seconda Sessione** (8 casi)  
*moderatori G. Longo, G. Maggiore*
- 13.30 Colazione di lavoro**
- 14.30 Terza Sessione** (8 casi)  
*moderatori M. Rabusin, F. Marchetti*
- 16.30 Coffee break**

### COMITATO SCIENTIFICO

*Fabrizio Fusco, Isabella Giuseppin,  
 Giorgio Longo, Daniela Sambugaro,  
 Alessandro Ventura*

- 17.00 I casi ambulatoriali visti dagli specialisti**  
*moderatori F. Fusco, D. Sambugaro*  
 - di Endocrinologia (G. Tonini)  
 - di Epatologia 1 (G. Maggiore)  
 - di Epatologia 2 (L. Zancan)  
 - di Pediatria d'urgenza (E. Barbi)  
 - di Neuropsichiatria pediatrica (A. Scabar)
- 18.30 Verifica di apprendimento**  
 (Test di valutazione)
- 19.30 Fine dei lavori**

### SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



**Quickline** Traduzioni&Congressi  
 via S. Caterina da Siena n. 3, 34122 Trieste  
 Tel. 040773737-040363586

Fax 0407606590; cell 3357773507  
 e-mail: congressi@quickline.it  
 http://www.quickline.it



PER QUESTO CONGRESSO SARANNO RICHIESTI I CREDITI FORMATIVI (ECM)