

Piede piatto e plantari

Rilevanza clinica ed evidenza scientifica

GIUSEPPE TAGLIALAVORO

Clinica Ortopedica, Università di Padova

È una messa a punto rigorosa e nello stesso tempo rivoluzionaria. Crediamo che molti pediatri, come alcuni di noi della redazione, la considereranno tale. Da leggere, per favore.

Il trattamento conservativo del piede piatto essenziale si è basato da sempre sull'utilizzo del plantare, un manufatto, spesso personalizzato, costruito su misura, che viene inserito all'interno della calzatura nell'intento di prevenire, correggere o compensare specifici difetti (plantari preventivi, correttivi e di compenso), associato o meno a FKT¹. L'impatto sociale ed economico di questo intervento è enorme: ogni anno in Italia sono costruiti 10 milioni di plantari²; il costo medio di un plantare in regime di convenzione si aggira sui 100 euro; il SSN spende circa 40 miliardi di vecchie lire all'anno per il rimborso della spesa sostenuta dai cittadini italiani per i plantari. Il problema non è solo italiano. In Spagna³, nella sola provincia di Malaga, nel 1999, 28.167 bambini di età compresa tra i 4 e i 13 anni stavano ricevendo trattamenti ortopedici con scarpe ortopediche e/o con plantari, giudicati inutili dagli Autori dello studio, per una spesa sanitaria pari a 676.008.000 pesetas (4.447.422 dollari).

Malgrado tutto questo e malgrado rimanga ancora aperto il dibattito sul significato clinico da attribuire al piattismo plantare, se è o quando diventa una condizione patologica, l'utilizzo dei plantari non può certamente considerarsi un intervento basato sull'evidenza.

FLATFOOT AND ARCH SUPPORT

(Medico e Bambino 2004;23:689-694)

Key words

Flatfoot, Arch support, Surgery

Summary

The essential or "weak" flatfoot, under 6 years, is always asymptomatic. Between 6 and 13 years, a few cases may become symptomatic and require treatment. In adult age, the asymptomatic flatfoot should be considered a physiological variant and in most cases is a strong and stable foot. Only about 5% of flatfoot in adolescents and adults require treatment. There is no evidence about the usefulness of the arch support at any age. Paediatricians should identify and refer cases of symptomatic flatfoot while orthopaedic surgeons should provide the most appropriate treatment, i.e. whenever possible an aetiological surgical correction. Mini-invasive treatments are recommended when aetiology is not identifiable.

IL PIEDE PIATTO

Definizione e classificazione

In condizioni di normalità e in appoggio bipodalico, il piede entra in contatto con il suolo con la porzione anteriore, laterale e posteriore della sua superficie plantare (Figura 1). Conseguentemente l'impronta rilasciata dal piede normale manca di quella parte relativa alla sua superficie mediale, risultando tale superficie sollevata rispetto al terreno, in relazione a una sorta di arco costituito dagli elementi scheletrici del retro piede e dell'avampiede. In realtà i rapporti anatomici tra gli elementi scheletrici del piede sono molto più complessi di un arco: descri-

vono una struttura architettonica tridimensionale paragonabile a un elica a passo variabile, capace di avvolgersi o svolgersi in funzione delle condizioni funzionali del piede. La "normalità" morfo-funzionale del piede, e quindi l'entità dell'ampiezza dell'impronta plantare, è garantita da un certo grado di svolgimento dell'elica, intermedio tra un eccessivo svolgimento e avvolgimento. A condizionare il grado di chiusura dell'elica plantare sono i movimenti di intra ed extra-rotazione del calcagno. La pronazione del calcagno, cioè calcagno ruotato verso l'interno, quindi valgo rispetto alla tibia, svolge l'elica. La supinazione, cioè calcagno ruotato verso l'esterno, quindi varo ri-



Figura 1. A sinistra, impronta plantare del cosiddetto piede piatto; a destra, impronta plantare normale.



Figura 2. Preparati anatomici che evidenziano l'effetto del carico sull'assetto biomeccanico del piede: in alto, piede normale; in basso, piede piatto.

spetto alla tibia, avvolge l'elica (Figura 1 e 2). Pronazione e supinazione sono i movimenti che il calcagno compie fisiologicamente durante la deambulazione in funzione della fase statica e dinamica del passo. In statica il calcagno pronato svolge l'elica plantare e appiattisce il piede, mentre in appoggio sulle

punte il calcagno supinato avvolge l'elica e cavizza il piede. Durante la marcia, quindi, il piede passa da una condizione anatomo-funzionale di relativo piattismo a una fase di relativo cavismo.

Per piede piatto s'intende un piede che appoggia al suolo con tutta o gran parte della sua superficie plantare e

con il calcagno pronato, cioè deviato in valgismo rispetto alla tibia con un eccessivo svolgimento dell'elica plantare (Figura 1 e 2).

In letteratura sono descritti tre tipi di piede piatto: congenito, secondario, essenziale⁴.

Ai fini dell'interesse strettamente pediatrico e degli obiettivi della presente trattazione, è importante occuparci fondamentalmente del piede piatto essenziale. Questo, sulla base di un mero principio cronologico, può essere suddiviso in 2 forme principali: il piede piatto lasso dell'infanzia e il piede piatto essenziale dell'adolescenza, che ovviamente non è altro che la continuazione del primo. Il piede piatto lasso dell'infanzia si colloca cronologicamente tra il 3° e il 6° anno di vita ed è praticamente sempre asintomatico. Si rende evidente solamente sotto carico, mentre in scarico e in punta di piedi la sua morfologia è del tutto normale (Figura 3).

Il piede piatto dell'adolescenza si colloca cronologicamente tra il 6° e il 13° anno di vita, ma a questa età può diventare sintomatico (vedi oltre). Per questo motivo il piede piatto essenziale dell'adolescenza viene suddiviso in tre sottogruppi: piede piatto funzionale, piede piatto contratto, piede piatto strutturato. Tutte queste forme di piede piatto, morfologicamente identiche, hanno in comune un eccessivo svolgimento dell'elica plantare e la pronazione del calcagno.

La forma cosiddetta funzionale è asintomatica. Essa si rende evidente solamente sottocarico, mentre in scarico o in appoggio sulle punte, il piede mostra una morfologia plantare del tutto normale (Figura 3), in maniera del tutto sovrapponibile al piede piatto lasso dell'infanzia.

Il piede piatto contratto e il piede piatto strutturato sono invece sintomatici. In questi casi l'eccessivo svolgimento dell'elica plantare rimane tale anche in scarico e il calcagno conserva in punta di piedi il suo assetto in pronazione.

Supinando manualmente il calcagno o iperestendendo l'alluce, il piattismo può risultare più o meno correggibile, ma nei casi estremi, può divenire irri-

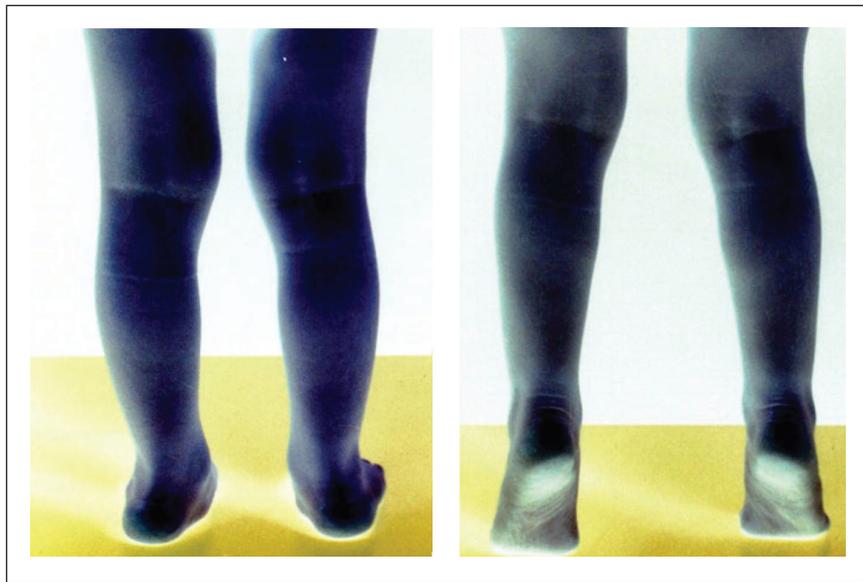


Figura 3. PPE funzionale. Bambino di 6 anni e sette mesi. Nella foto a sinistra, sotto l'effetto del carico, entrambi i piedi mostrano di appoggiare sul versante mediale e il calcagno è bilateralmente valgo rispetto alla tibia per eccessiva pronazione: piedi morfologicamente piatto-valghi. Nella foto a destra, in appoggio sulle punte (test di cavizzazione), l'arco plantare risulta evidente e il calcagno è varo rispetto alla tibia perché supinato: piedi funzionalmente normali.

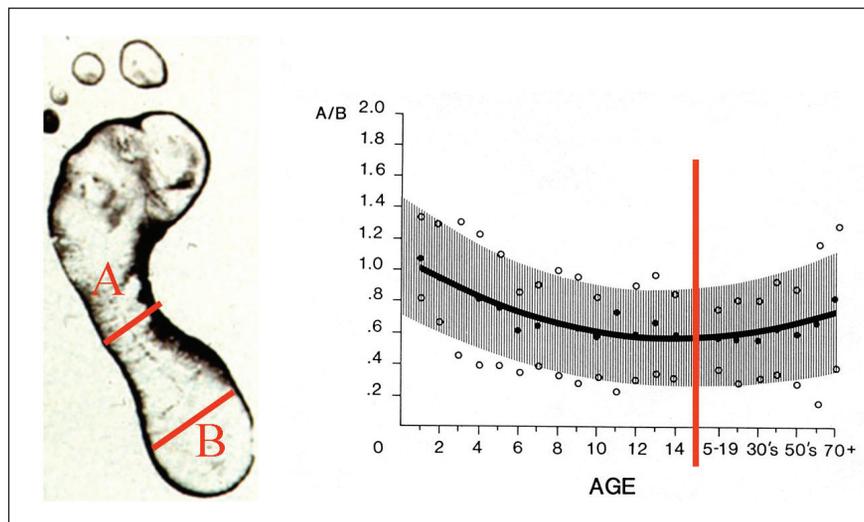


Figura 4. Indice dell'arco plantare (A/B). I valori normali sono = 0,7-1,33 nell'infanzia, 0,3-1 dopo la pubertà (da voce bibliografica 17).

ducibile anche in narcosi. Vi si associano dolore e zoppia e limitazione funzionale di diverso grado.

STORIA NATURALE

Vi sono in letteratura studi unanimemente condivisi che delineano con buona approssimazione le tappe evolu-

tive del piede. Il dato consolidato che emerge è che il 90-95% dei piedi, partendo da una condizione di fisiologico piattismo, assume alla fine dell'accrescimento (intorno agli 11-13 anni) una morfologia "normale", ove per normale viene intesa una impronta plantare, che può essere più o meno ampia, ma che non deve comportare dolore o disturbi funzionali⁵⁻¹³. Da sottolineare,

quindi, che deve essere la presenza di sintomatologia correlata, piuttosto che la morfologia dell'impronta, la discriminante tra ciò che è patologico e ciò che è normale.

A questo proposito esistono diversi studi che fanno ritenere il piattismo plantare asintomatico, funzionale, detto anche piede piatto morfologico o piede piatto flessibile, una variante anatomica di un piede a tutti gli effetti normale. Primo fra tutti lo studio di Harris e Beath¹⁴, eseguito su 3600 reclute della *Royal Canadian Army*. Secondo gli Autori "il piede piatto in età adulta, se si mantiene flessibile, non modifica la funzionalità e va considerato una *variante anatomica di un piede, a tutti gli effetti, forte e stabile*". Uno studio analogo¹⁵, eseguito dall'esercito israeliano nel 1985 su 295 reclute, pose in evidenza che: "il piede piatto flessibile dell'adulto non è fonte di disturbi". Zollinger nel 1994¹⁶, grazie a un controllo eseguito in età adulta su 27 pazienti (50 piedi), che all'età di 4 anni erano stati selezionati per essere sottoposti a intervento chirurgico per grave piattismo plantare (intervento mai eseguito per il rifiuto dei genitori), dimostrò la tendenza alla normalizzazione del cosiddetto piede piatto essenziale. Infatti, tutti i pazienti rivisti "camminavano normalmente tranne uno, che riferiva limitazione funzionale durante l'attività sportiva, e un altro che lamentava dolore dopo marcia prolungata". A conferma di queste osservazioni vi è lo studio di Staheli et al.¹⁷. Questi Autori rilevarono l'impronta plantare su 422 soggetti sani, normali (844 piedi) di età compresa tra 1 e i 70 anni. Calcolando un indice di piattismo, dato dal rapporto tra l'ampiezza dell'istmo e l'ampiezza del tallone posteriore, sono riusciti a elaborare una curva su cui si distribuiscono, in funzione dell'età, le variazioni dei valori normali relative all'impronta plantare, con il risultato che in questa risultavano ampiamente compresi anche quei valori considerati classicamente identificativi del piede piatto (Figura 4).

Sulla scorta di questi dati possiamo affermare che il piede piatto lasso dell'infanzia è l'espressione morfologica di un momento evolutivo del piede, de-

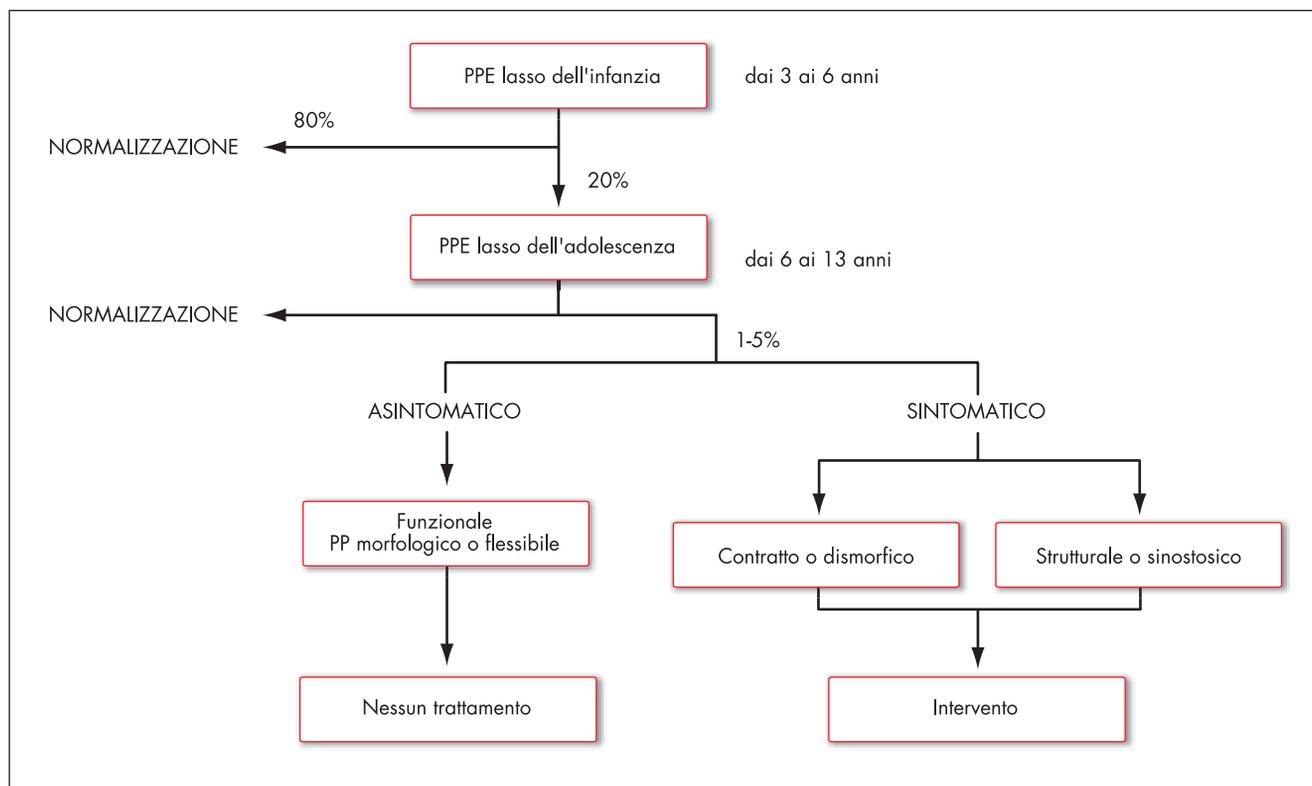


Figura 5. Storia naturale e algoritmo diagnostico-terapeutico del piede piatto essenziale (PPE).

stinata, parallelamente alla derotazione del calcagno e al graduale processo di maturazione del piede, ad andare incontro a continue modificazioni, per raggiungere, nell'80% dei casi, il suo aspetto definitivo (la normalizzazione), verso il 6° anno di vita.

Il piede piatto essenziale dell'adolescenza altro non è che quel 20% dei piedi che non sviluppano l'elica plantare entro questo tempo. Ma anche questi, se pur più tardivamente, sono comunque destinati a normalizzarsi e soltanto una piccolissima percentuale, compresa tra l'1 e il 5%, tende a restare piattovalgo. Questo non vuol dire ancora che siano piedi patologici perché, in assenza di disturbi, il piede piatto si configurerà come una semplice variante anatomica, il cosiddetto piede piatto funzionale, destinato a divenire in età adulta quello che gli Autori anglosassoni definiscono piede piatto morfologico o flessibile. Solo in presenza di disturbi funzionali o dolori (il cosiddetto piede piatto contratto o strutturato), il piattissimo plantare sarà da considerare pato-

logico e andrà interpretato come l'espressione morfologica di distonie scheletriche di origine embriogenetica a diversa penetranza e a estrinsecazione clinica tardiva oppure di anomalie coinvolgenti l'apparato neuro-muscolare o le strutture capsulo-legamentose che hanno impedito al piede di svilupparsi correttamente.

L'UTILIZZO DEL PLANTARE

Come si è già detto, l'obiettivo del plantare sarebbe quello di favorire un armonioso sviluppo del piede (plantari preventivi), o di correggere specifici difetti prima che questi si strutturino in senso patologico (plantari correttivi), o di compensare anomalie già strutturate (plantari di compenso).

L'utilizzo dei plantari preventivi-correttivi è limitato alla fase di accrescimento, mentre il plantare di compenso trova indicazione alla fine dello sviluppo, laddove risulti improponibile la soluzione chirurgica.

In riferimento ai cosiddetti plantari preventivi-correttivi, le domande che ci poniamo e dobbiamo porci non sono da poco: l'uso dei plantari interferisce realmente sull'evoluzione spontanea del piede, modificandone la storia naturale? In altre parole, l'efficacia terapeutica dei plantari è scientificamente provata?

Ma ancora: è possibile che, con l'uso del plantare, si possa evitare l'evoluzione di un piede piatto "funzionale", "flessibile", asintomatico, in piede piatto patologico? E, se così anche fosse, come facciamo a individuare quel singolo che è candidato al trattamento senza costringere gli altri alla inutile "tortura" del plantare?

L'analisi della letteratura, utilizzando la banca dati *PubMed*, permette di estrarre sull'argomento "piede piatto", un migliaio di citazioni (952 al 5 dicembre 2003). Poco più della metà (567) riguardano il piede piatto relativamente alla fascia di età compresa tra 0 e 18 anni, ma soltanto 20 sono gli studi specifici sul "trattamento conserva-

tivo con plantari del piede piatto in età infantile o giovanile". La gran parte degli studi nega qualsiasi efficacia al trattamento ortesico, mentre i lavori a favore del plantare sono di scarso valore scientifico perché o non randomizzati e/o senza gruppo di controllo. Wenger et al.¹⁸, in un uno studio prospettico e randomizzato su 129 bambini, non evidenziano differenze statisticamente significative nei risultati tra i controlli e i pazienti sottoposti a trattamento con scarpe correttive o con plantari. Analogamente Jani¹⁹ e Pace¹¹ riportano percentuali di normalizzazione dei parametri clinici e radiografici secondari all'uso di plantari del tutto sovrapponibili a quelle della evoluzione spontanea del piede.

Alcuni lavori dimostrano inoltre, non soltanto l'inefficacia dei plantari, ma anche una loro potenziale dannosità. Secondo due studi epidemiologici successivi di Rao e Joseph²⁰ e di Sachithananadam e Joseph²¹, l'uso dei plantari, disturbando il fisiologico sviluppo dell'arco plantare, finirebbe per aumentare il numero di piedi che non si normalizzano a fine accrescimento. Driano et al.²² trovano che i bambini che hanno portato plantari o scarpe ortopediche, hanno in età adulta un'autoestima più bassa dei controlli (sindrome del bambino vulnerabile).

Riccardi et al.²³, attraverso la *gait analysis*, dimostrano che sono proprio le scarpe ortopediche e i plantari che alterano le fasi del passo. Va infine ricordato che, in relazione al piede piatto essenziale dell'adolescente, in letteratura non vi è alcun riferimento che dimostri un passaggio evolutivo, in senso peggiorativo, dalla forma asintomatica alla forma sintomatica e vi è unanimità nel ritenere che il trattamento correttivo con ortesi dopo il 6° anno di vita "non può influenzare in alcun modo l'evoluzione di un piede piatto idiopatico"^{9,23}.

In conclusione, non solo non vi è nessuna indicazione al plantare nel piede piatto essenziale del bambino, ma esiste più che un semplice sospetto che questo possa avere un effetto negativo, disturbando il normale processo di maturazione e di normalizzazione dell'arco plantare.

CONCLUSIONE

Alla luce dei dati della letteratura, il piede piatto valgo, nella quasi totalità dei casi, è l'espressione morfologica di uno stadio evolutivo o l'espressione di un ritardo maturativo del piede o una variante anatomica normale. Solo in una piccolissima percentuale di casi è l'espressione clinica di una condizione patologica rimasta inespressa, che può cominciare a dar segno di sé tra i 6 e gli 11-13 anni. Questo, infatti, è il momento evolutivo durante il quale il piede incomincia a irrigidirsi: le strutture capsulo-legamentose perdono gradualmente elasticità, parallelamente alla maturazione scheletrica, facendo venir meno il compenso a eventuali dismorfie congenite. Conseguentemente emergono i conflitti osteo-articolari e i sovraccarichi funzionali dell'apparato osteo-mio-tendineo, responsabili del corredo sintomatologico doloroso e funzionale.

Poiché l'utilizzo del plantare, con finalità preventive o terapeutiche, mostra un razionale poco convincente e la sua efficacia terapeutica non è scientificamente dimostrata, il compito del pediatra (Figura 5) sarà quello di riconoscere quel ristretto numero di bambini nei quali al piede piatto valgo si associa un corredo sintomatologico indicativo di una evoluzione patologica (comunque mai prima dei sei anni).

La monolateralità dell'affezione, la facile affaticabilità del bambino, il dolore localizzato al piede o irradiato alla gamba, la limitazione funzionale, la mancata auto-correggibilità, sono tutti segni che, rilevati singolarmente o in associazione, qualificano il piattismo plantare come condizione patologica. All'ortopedico spetterà l'approfondimento diagnostico, utilizzando di volta in volta lo strumento più adeguato (Rx, TC, RMN, EMG, GA), alla ricerca della causa che ha determinato il piattismo per porre in essere un trattamento chirurgico capace di rimuovere la causa che ha determinato il piattismo (chirurgia eziologica), il meno invasivo possibile (chirurgia mini-invasiva), e prevenire l'ulteriore strutturazione della deformità (chirurgia precoce).

In assenza di una chirurgia eziolo-

MESSAGGI CHIAVE

- Il piede piatto essenziale, o piede piatto-lasso, sotto i 6 anni, è sempre asintomatico. Tra i 6 e i 13 anni alcuni casi potranno diventare sintomatici e richiedere attenzione.
- Anche in età adulta, il piede piatto asintomatico va considerato una variante fisiologica della norma ed è, per lo più a tutti gli effetti, un piede forte e stabile.
- Solo una quota non superiore al 5% dei piedi piatti dell'adolescente e dell'adulto richiede un trattamento chirurgico.
- Non vi è evidenza sufficiente dell'utilità del plantare, in qualunque età.
- Al pediatra spetta di individuare i piattismi sintomatici, e all'ortopedico di valutare il trattamento più opportuno, possibilmente la chirurgia eziologica, in genere mini-invasiva.

gica (raramente si riesce a porre in evidenza la causa che determina il piattismo), le endo-ortesi senotarsiche²³⁻²⁷ rappresentano oggi gli strumenti più efficaci per ottenere con un impegno chirurgico minimale una stabile correzione della deformità, prima che si strutturi irrimediabilmente, evento che aprirebbe la porta a trattamenti molto più invasivi (osteotomie, artrodesi).

Bibliografia

1. Veneziani C, et al. Indicazioni al trattamento incruento e cruento del piede piatto. RIOTP 1997;13.
2. Ronconi P, Ronconi S. Il piede. Biomeccanica e patomeccanica in tema di antigravitarità. Bologna: Ed. Timeo, 2003.
3. Garcia-Rodriguez A, et al. Flexible flat feet in children: a real problem? Pediatrics 1999; 103(6):84.
4. De Sanctis N, et al. Classificazione del piede piatto. RIOTP 1997;13.
5. Cigala F, et al. Storia naturale del piede piatto idiopatico. RIOTP 1997;13.
6. Barry RJ, Scranton PE Jr. Flat Feet in children. Clin Orthop 1983;(181):68-75.
7. Morley AJ. Knock-knee in children. Br Med J 1957;33:976-9.
8. Meary R. Symposium sur le pied plat. Ann Orth De l'Ouest 1969;1:57-71.

9. Rose GK, Welton EA, Marshall T. The diagnosis of flatfoot in the child. *IBIS* 1985;67(B):71-8.
10. Pisani G. Trattato di chirurgia del piede. Ed. Minerva medica 1990.
11. Pace N, Castricini R, Carloni S, Perrini F, Greco F. Piede piatto valvo: evoluzione naturale. In: *Il piede piatto*. Ed. Aulo Gaggi 1993: 75-80.
12. Volpon JB. Footprint analysis during the growth period. *J Ped* 1994;14:83-5.
13. Staheli L, et al. Non surgical management of flatfoot: orthesis and shoes. *RITOP* 1997.
14. Harris RI, Beath T. Army foot survey, Vol. I, Ottawa: National Research Council of Canada 1947;1-268.
15. Giladi M, Milgrom C, Stein M, et al. The low arc, a protective factor in stress fractures. *Orthop Rev* 1985;14:81-4.
16. Zollinger J, Fellmann: Natural history of foot deformities in children. *Orthopade* 1994; 23:206-10.
17. Staheli LT, Chew DE, Corbett M. The longitudinal arch. A survey of eight hundred and eighty-two feet in normal children and adults. *JBJS* 1987;69:426-8.
18. Wenger DR, et al. Corrective Shoes and inserts as treatment for flexible flatfoot in infants and children. *JBJS* 1989.
19. Jani L. Flexible flatfeet in children. *Orthopade* 1986;15:199-204.
20. Rao UB, Joseph B. The influence of footwear on the prevalence of flat foot. A survey of 2300 children. *JBJS* 1992;74(B):525-7.
21. Sachithanadam V, Joseph B. The influence of footwear on the prevalence of flat foot. *JBJS* 1995;77(B): 254-7.
22. Driano AN, Staheli L, Staheli LT. Psychosocial development and corrective footwear use in childhood. *J Pediatr Orthop* 1998; 18(3):346-9.
23. Riccardi G, et al. Il trattamento con ortesi e calzature del piede piatto. *RIOTP* 1997;13.
24. Bertani A, Cappello A, Benedetti MG, Simoncini L, Catani F. Flat foot functional evaluation using pattern recognition of ground reaction data. *Clin Biomech* 1999;14:484-93.
25. Cappello T, Song KM. Determining treatment of flatfeet in children. *Curr Opin Pediatr* 1998;10(1):77-81.
26. Giannini S, et al. Surgical treatment of flexible flatfoot in children. A four-year follow-up study. *JBJS* 2001;83(2):73-9.
27. Maranzana G, et al. Grice-Green extra-articular subtalar arthrodesis in the treatment of infantile valgus pronated flat foot. *GIOT* 1983.

LE GIORNATE DI MEDICO E BAMBINO

Bologna, 15-16 aprile 2005 - Hotel Sheraton

Venerdì 15 aprile

8.45 Saluto dei Presidenti del Congresso
prof. F. Panizon e prof. E. Cacciari

I Sessione (modera F. Panizon)

09.00-9.30 Tre presentazioni per tre specializzandi
PROBLEMI CORRENTI
Quando gli esami "ci vengono addosso"
Autoanticorpi per caso (R. Cimaz, Milano)
Le cisti ovariche all'ecografia (G. Tonini, Trieste)
"Helicobacter positivo" (G. Magazzù, Messina)
Piastrine "alte e basse" (P. Paolucci, Modena)

II Sessione (modera A. Cicognani)

11.20-11.50 Cardiologia pediatrica 2005: di tutto, di più (F. Picchio)
11.50-13.00 Pagina gialla: le ultimissime dalla letteratura (A. Ventura)
L'articolo dell'anno raccontato dall'Autore:
G. Maggiore racconta storie di gatti e Bartonelle

III Sessione (modera A. Ventura)

14.30-14.50 Due presentazioni "giovani"
14.50-16.00 "La Gazzetta dell'Emilia Romagna"
Il caso del dott. A. Lambertini
Il caso del dott. L. Loroni
Il caso della dott.ssa M. Marani
Il caso della dott.ssa S. Brusa
Il caso del dott. L. Reggiani

IV Sessione (conducono F. Marchetti e M. Fontana)

16.20-18.30 AL DI QUA (... E OLTRE) LO SPECCHIO
Riabilitazione nutrizionale (e non solo) del bambino cerebroleso
Di che cosa stiamo parlando: il colpo d'occhio epidemiologico (S. Amarrì)
Di che cosa stiamo parlando: una storia, un'esperienza concreta (S. Leoni)

Di che cosa stiamo parlando: un genitore racconta
Quando tutto è difficile: mangiare, respirare...vivere (A. Tedeschi)
Risposte "vere" a problemi "veri": il caso della famiglia del bambino cerebroleso (B. Sacher)
Cosa vorrebbe sapere un pediatra... detto da un pediatra di famiglia
Cosa dovrebbe sapere un pediatra... detto da un fisioterapista
Le parole al (del) chirurgo: PEG, Nissen, Laparoscopia (J. Schleeß)
Definizione di linee guida da costruire e condividere "in tempo reale" (S. Martellosi e A. Ventura propongono in PowerPoint con correzioni e integrazioni dal vivo)

Sabato 16 aprile

I Sessione (modera G. Longo)

09.00-9.30 Tre presentazioni "giovani"
09.30-10.30 **Due farmaci**
I beta2-stimolanti (M. Masi)
La ciprofloxacina (F. Marchetti)

10.30-11.00 **Una malattia:**
La sindrome surreno-genitale (A. Cicognani)

II Sessione (introduce e modera G. Tamburlini)

11.20-12.45 Tavola Rotonda: La Pediatria cerca se stessa
1. Cosa fa e cosa vorrebbe fare un pediatra ospedaliero (F. Pesce)
2. I difficili rapporti tra pediatra generalista e centro specialistico (G. Longo)
3. Che cosa vorrebbe fare un pediatra di famiglia (T. dall'Ossò)
12.45 Premiazione dei poster
Editoriale del prof. F. Panizon
13.15 Chiusura dei lavori

PER IL CONGRESSO SARANNO RICHIESTI I CREDITI FORMATIVI (ECM)

SEGRETERIA SCIENTIFICA: A. Cicognani, A. Lambertini, G. Longo, F. Marchetti, F. Panizon, G. Tamburlini, A. Ventura



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA: Quickline sas

via S. Caterina da Siena 3 - 34122 TRIESTE Tel. 040 773737-363586; Fax 040 7606590 e-mail: congressi@quickline.it

