

Il bambino e l'HIV

MAURIZIO DE MARTINO, ALESSANDRA GUARINO AMATO, LUISA GALLI, ALBERTO VIERUCCI

Cattedra di Terapia Pediatrica Speciale, Università di Chieti

Clinica Pediatrica III, Università di Firenze

Il buon controllo della trasmissione verticale dell'HIV, che è scesa dal 20% al 5%, ha aumentato il numero delle donne che decidono di portare a termine la gravidanza. Il discreto controllo della malattia trattata precocemente ha allungato l'attesa di vita dei bambini malati. Nello stesso tempo ha aumentato il peso esistenziale della malattia e le difficoltà, specialmente per il bambino grandicello e per l'adolescente, di accettare le conseguenze della malattia e di confrontarsi con questa.

Il panorama dell'infezione perinatale da virus dell'immunodeficienza umana di tipo 1 (*human immunodeficiency virus-type 1* o HIV-1) sta significativamente cambiando nei Paesi dell'emisfero industrializzato. L'incrementata diffusione dello screening in gravidanza consente l'individuazione precoce delle donne HIV-1+¹ e quindi l'attuazione della profilassi farmacologica con zidovudina in gravidanza (e poi nel neonato) e del parto cesareo programmato^{2,3}. Queste misure preventive, insieme all'esclusione dell'allattamento materno⁴, hanno portato dal 20 al 5% la proporzione di bambini che acquisiscono l'infezione dalla madre HIV-1+.

CONTROLLO DELLA TRASMISSIONE VERTICALE E AUMENTO DELLE GRAVIDANZE A RISCHIO

La consapevolezza di questa possibilità fa però sì che in alcune aree del nostro Paese numeri sempre maggiori di donne HIV-1+, ora in buone condizioni cliniche grazie al trattamento antiretrovirale combinato, intraprendano e portino a termine gravidanze a rischio (*Figura 1*). In fasce crescenti di emarginazione della nostra società è inoltre frequente, nelle donne in età fertile, la mancata consapevolezza dell'infezione (o addirittura del rischio di infezione), ed è quindi scarso l'accesso allo screening in gravidanza con le conseguenti

CHILDREN AND HIV INFECTION (*Medico e Bambino 19, 101-105, 2000*)

Key words

HIV, Children, Adolescent

Summary

Drug therapy during pregnancy has dramatically reduced the vertical transmission of HIV infection. Moreover, the life expectancy of the infected newborn is now significantly longer than in the past because of the more aggressive therapeutic approach. On the base of a large personal experience, the authors discuss the psycho-social problems of children and adolescents affected by HIV infection and recommend a prompt and intensive psychotherapeutic support.

misure preventive. Sempre più bambini a rischio di infezione perinatale vengono così individuati solo alla nascita (troppo tardi per una efficace prevenzione) o vengono diagnosticati infetti nelle età successive, con l'inizio delle manifestazioni cliniche.

AUMENTO DELLE ASPETTATIVE DI VITA DEI BAMBINI CON HIV

Quando la trasmissione dell'infezione si sia verificata, la disponibilità di farmaci ad azione antiretrovirale, utilizzati in duplice o triplice combinazione fino dai primi mesi di vita, consente peraltro un discreto controllo della replicazione virale, il mantenimento di bassi livelli viremici e la conservazione di una ac-

cettabile condizione immunologica in buona parte dei bambini⁵. Con metodiche di *polymerase chain reaction* (PCR) è possibile individuare i bambini HIV-1+ fin dal primo mese di vita, evidenziando la presenza di DNA provirale, può essere monitorizzato il decorso dell'infezione determinando la carica plasmatica di RNA virale e può essere evidenziato lo sviluppo di resistenze ai farmaci antiretrovirali⁶. L'insieme di queste disponibilità diagnostiche e terapeutiche consente alla maggioranza dei bambini con infezione perinatale da HIV-1 di entrare nel secondo decennio di vita anche senza mai sviluppare le manifestazioni gravi che definiscono la sindrome da immunodeficienza acquisita (*Acquired Immune Deficiency Syndrome* o AIDS).

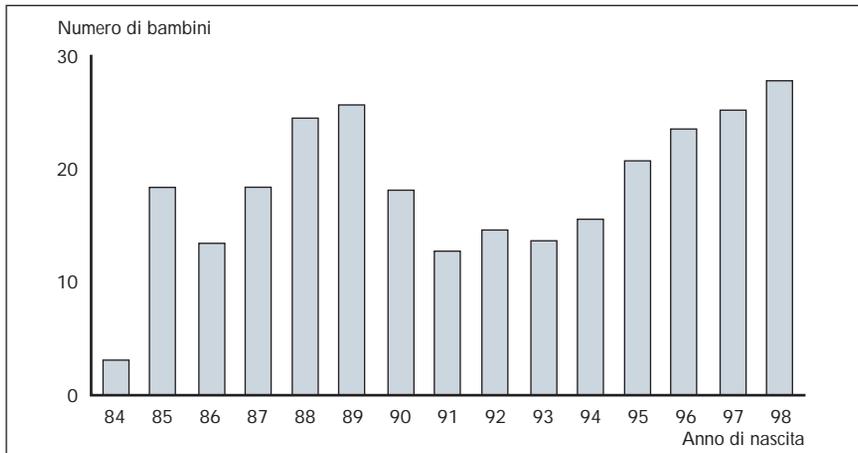


Figura 1. Nati da madre HIV-1+ seguiti dal Centro Regionale di Riferimento per l'infezione da HIV in Pediatria (Clinica Pediatrica III dell'Università di Firenze).

SEGNALI DEL DISAGIO (SENSO DI MORTE, MALATTIA, CONTAGIOSITÀ, PRECARIETÀ) EVIDENZIABILI CON GLI STRUMENTI DELL'ANALISI IN BAMBINI CON INFEZIONE PERINATALE DA HIV-1

Morte	<i>Colloquio</i>	Gravi difficoltà a parlare delle proprie perdite Pericolo di vita riferito ad altri
	<i>Sogni</i>	Situazioni di pericolo di vita per sé e per altri; situazioni senza possibilità di salvezza; componenti del sogno con potere di morte; sparizioni improvvise nel buio, in voragini; ambienti legati all'idea della morte
	<i>Gioco</i> <i>Disegno</i> <i>Sabbiera</i>	Ambientato in situazioni ricollegabili all'idea della morte Colore prevalente nero o viola Temi o simboli del lutto
Malattia	<i>Colloquio</i>	Esprime la propria inferiorità fisica; la malattia di sé o altri, senza nome ma grave e mortale e la percezione di rischio grave; curiosità estrema intorno all'AIDS senza mai esplicitarne il termine
	<i>Sogni</i>	Condizioni di malessere grave con qualcosa che si insinua nel corpo e lo trasforma
	<i>Gioco</i> <i>Disegno</i>	Di tipo medico con malattia senza nome ma grave e mortale Difficoltà nel disegno di sé
	<i>Sabbiera</i>	Frequente uso di simbologia riferita all'infezione Personaggi fragili o in condizione di pericolo Conflitto fra elementi buoni e cattivi della raffigurazione, senza però precisa distinzione fra i due gruppi
Contagio	<i>Colloquio</i>	Esprime isolamento senza consapevolezza del perché
	<i>Sogni</i>	Elementi che si insinuano, trasformano, contaminano o distruggono
	<i>Giochi</i>	Personaggi che devono essere controllati perché pericolosi Tema dell'isolamento
	<i>Disegno</i> <i>Sabbiera</i>	Con sangue, mostri contaminanti; difficoltà a disegnare le mani Elementi isolati perché diversi; personaggi fragili o malati che vengono resi riconoscibili perché possano essere evitati
	<i>Colloquio</i>	Esprime la sensazione di sentirsi in balia di qualcosa di non governabile; fragilità del corpo; costante bisogno di certezze
Precarietà	<i>Sogni</i>	Perdita di coordinate con disorientamento estremo Terremoti, maremoti, la terra che scoppia
	<i>Gioco</i>	Situazioni con rischio di essere eliminati; fronteggiare il rischio di perdersi; poche coordinate e scarse certezze
	<i>Disegno</i>	Raffigura se stessi sospesi in aria, con espressione perplessa e attonita; figure in procinto di sparire
	<i>Sabbiera</i>	Storie e personaggi che non hanno certezze del futuro Personaggi fragili in balia di eventi non controllabili

Tabella I

Come la fibrosi cistica, l'agammaglobulinemia legata al sesso o il diabete giovanile, anche l'infezione perinatale da HIV-1, pur restando una condizione non guaribile e a elevato rischio per la sopravvivenza, è diventata una condizione trattabile anche con lunga aspettativa di vita. Questa prolungata aspettativa porta con sé nuove problematiche per il pediatra, fra cui la necessità di considerare in termini globali e più approfonditi gli aspetti psicoemotivi dell'infezione nel bambino e nell'adolescente.

I PROBLEMI ESISTENZIALI DELL'ADOLESCENTE CON HIV

Benché per lo più non cosciente della propria condizione, fino dall'età scolare il bambino HIV-1+ confronta la sua vita scandita dall'assunzione di medicine e da visite e prelievi all'ospedale con quella dei suoi coetanei, e l'adolescente confronta anche le sue diminuite prestazioni fisiche, il ritardo di accrescimento e il lento sviluppo puberale⁷. Inevitabile diviene la percezione (vissuta per lungo tempo) dell'essere diverso, e su questa percezione si inserisce poi il momento, critico per la stabilità psichica dell'adolescente, della comunicazione della diagnosi. È questa una tappa indispensabile, per evitare l'incolpevole trasmissione per via sessuale⁸, ma delicata, perché rende l'adolescente cosciente di una condizione di infezione che gli è stata trasmessa dalla madre, della sua potenziale contagiosità, del rischio di emarginazione, e del rischio di morire. La delicata struttura psichica adolescenziale può essere gravemente compromessa da questa somma di eventi⁹.

GLI STRUMENTI DELL'ANALISI

I bambini con infezione perinatale da HIV-1, di età oltre i 4 anni e seguiti nel Centro di Riferimento Regionale per l'Infezione da HIV in Pediatria presso la Clinica Pediatrica III dell'Università di Firenze, hanno incontri settimanali della durata di un'ora con una psicoterapeuta. Gli incontri di psicoterapia analitica (sempre preceduti e costantemente accompagnati da completi e approfonditi colloqui con i genitori o con chi si occupa del bambino) utilizzano il colloquio, l'analisi dei sogni, del gioco, del disegno, e l'impiego del gioco della sabbia. Tutto il materiale emerso negli in-

contri viene archiviato, catalogato e sottoposto a supervisione didattica.

L'analisi del sogno ha importanza fondamentale, essendo una delle rappresentazioni più fedeli dell'inconscio e lo strumento più idoneo per giungere ai suoi contenuti¹⁰. I sogni hanno la capacità di raccogliere e rappresentare in immagini le emozioni non ancora pensabili o non ancora pronunziabili. Attraverso la comprensione e l'interpretazione del sogno questi contenuti affiorano alla coscienza¹¹.

Il gioco costituisce una possibilità di rappresentazione, comunicazione e drammatizzazione delle fantasie inconscie¹²⁻¹⁷. Utilizzando questa forma di espressione, i bambini raccontano, a livello simbolico, quanto accade dentro di loro: paure, fantasmi e desideri che trovano la possibilità di essere rappresentati e abreggiti.

Il disegno è una fedele rappresentazione del mondo emotivo del bambino, breccia nel suo universo interno, capace di fornire molte informazioni sia come test proiettivo (disegno della casa, dell'albero, della famiglia, della figura umana) sia come disegno libero¹⁷⁻²⁰. Importante è il colloquio con il bambino sul disegno da lui eseguito.

Il gioco della sabbia consente, attraverso la costruzione di una scena, la rappresentazione in racconto simbolico della realtà psichica attuale. La sabbiera ha dimensioni definite in base al campo visivo del bambino e le varietà di raffigurazioni (animali, case, alberi, staccionate e personaggi appartenenti alla realtà presente e passata) sono liberamente a disposizione del bambino²¹. Anche dopo il gioco della sabbia il colloquio con il bambino è fondamentale per la comprensione dei meccanismi che hanno indotto le sue scelte.

L'ESPRESSIONE DEL DISAGIO

Tutti i bambini hanno la consapevolezza di essere malati. Nella larga maggioranza dei casi (93%) affiorano profondo disorientamento e senso di sospensione e di precarietà. Nell'85% dei casi questi sentimenti divengono senso di morte. Il senso della propria presunta pericolosità per gli altri emerge come senso del contagio nel 71% dei bambini. I segnali del senso di morte, malattia, contagiosità, disorientamento e sospensione quali vengono più frequentemente espressi nel colloquio, dal sogno, dal gioco, dal disegno e dal gioco della sab-

bia nei bambini con infezione perinatale da HIV-1 sono riassunti nella *Tabella I*. La storia di Dario (che ha nella realtà un altro nome) viene qui sintetizzata a titolo di esempio.

La storia di Dario

Dario, con grave deficit immunitario e pregresse manifestazioni cliniche riferibili ad AIDS, ma ora in discrete condizioni generali, ha nove anni e vive in un piccolo paese della Toscana con la madre e due sorelle minori. La più piccola delle sorelle ha contratto come lui l'infezione da HIV-1 dalla madre. Il padre HIV-1+ è morto durante l'inverno precedente l'inizio degli incontri di analisi, in seguito a toxoplasmosi cerebrale esordita con un episodio convulsivo in presenza del bambino. Dario vede portare via il padre con l'ambulanza e, durante la degenza in ospedale, non gli viene consentito di visitarlo. Non conosce la causa della morte del padre, non sa niente della propria infezione e non ha mai chiesto spiegazioni sulle continue visite e prelievi all'ospedale dei bambini a Firenze e sulle numerose medicine che deve assumere nel corso della giornata. Ma la mamma riferisce che, proprio dopo il lutto del padre, si è venuto a creare in paese, ma soprattutto a scuola, un clima di sospetto che Dario ha chiaramente percepito.

Nel disegno che Dario fa di se stesso la figura è sospesa nel vuoto, non esiste un terreno o una base d'appoggio rassicurante su cui poter camminare o muoversi. Il bambino sembra galleggiare

nell'aria senza possedere una stabilità e un equilibrio. Senso di sospensione e disorientamento sono confermati anche dall'espressione del viso: la bocca non sorride, ma è piccola, gli occhi sono puntiformi e nell'insieme il bambino del disegno appare perplesso e interrogativo. Una difficoltà inerente al contatto affiora dalla raffigurazione delle mani, una stretta a pugno e l'altra aperta ma appena abbozzata. Le mani, strumento per tutti del contatto, sono forse bloccate dal timore della malattia e del contagio.

Nel disegno della sua famiglia (*Figura 2*) le mani sono ancor più abbozzate, ed è particolare l'uso dei colori che ben distingue i componenti HIV-1+ da chi invece non è infetto. Prevalente il nero per lui e la madre, viola per la sorellina più piccola. Entrambi questi colori sono simbolicamente legati al lutto e vengono ben più largamente impiegati dai bambini HIV-1+ rispetto a bambini con altre patologie croniche a minore o nessun rischio di morte. Dario e la sua mamma sono sospesi in aria su un piano diverso da quello delle sorelle. Anche la madre, che dovrebbe essere fonte di sicurezza e stabilità, vacilla nel vuoto. Tutto il gruppo familiare è in un angolo del foglio, come se non esistesse una possibilità di sviluppo e crescita nel futuro.

Viene chiesto a Dario di esprimere e disegnare le proprie paure. Dario ritrae allora un mostro rosso, che lui definisce diavolo, anch'esso sospeso in aria. La bocca inizialmente tratteggiata con una linea orizzontale dà a tutta la figura un



Figura 2. Il disegno che Dario fa della sua famiglia.



Figura 3. Il disegno che Dario fa dei suoi pensieri.



Figura 4. Il gioco della sabbia fatto da Dario.

aspetto inquietante. Solo dopo aver guardato bene, Dario decide di rendere la figura più accettabile e disegna un sorriso, senza però riuscire ad eliminare del tutto la sensazione di allarme che l'immagine comunica.

L'espressione resta ambigua; il colore prevalente è il rosso (il colore del sangue, come lui dice) e le mani, così difficili per Dario da disegnare nelle rappresentazioni delle figure umane, sono ora ben riprodotte. Dario dà alla propria paura la raffigurazione del diavolo, che significativamente si accosta all'idea della morte e forse non casualmente, proprio dopo aver finito il disegno, Dario racconta spontaneamente la vicenda della morte del padre, accaduta vari mesi prima e mai sfiorata nei precedenti colloqui.

In un successivo incontro, interrogato sui suoi pensieri, Dario non risponde, ma dipinge invece, con evidente tormento, un dinosauro completamente nero che può rappresentare la risposta non data verbalmente (Figura 3). Dario costruisce nella sabbiera un'isola collegata alla terraferma da un ponte (Figura 4). Sull'isola mette una casa, due alberi ed un cavallo con una zampa rotta e tenuta attaccata al corpo da scotch. Il cavallo viene sistemato in maniera particolare, profondamente affondato con le zampe nella sabbia e con evidente impaccio nel movimento. Dario prende poi un timbro presente sul tavolo e fa un marchio sul fianco del cavallo, raccontando che l'animale è malato ed è per questo che sta solo sull'isola, marchiato, perché possa essere riconosciuto ed evitato essendo capace di far ammalare anche altri.

IL BAMBINO CON HIV E LA SUA MALATTIA

Questa esperienza pilota ha socchiuso aspetti del tutto sconosciuti del rapporto fra il bambino e la sua infezione da HIV-1. Ha insegnato che, attraverso vie ancora non conosciute, il bambino è capace di percepire molti e precisi aspetti della sua infezione; percezione che nemmeno i pediatri che costantemente seguono questi bambini avevano mai potuto sospettare. Questa coscienza causa profonda sofferenza psicologica. Parte della sofferenza fisica legata all'infezione da HIV-1 è stata attenuata dai progressi delle metodiche di indagine diagnostica e dai progressi della chemioterapia. Tutto resta ancora da fare per ridurre la sofferenza psicologica.

Quella parte di sofferenza che deriva da quanto vi è di insensatamente aggiunto dalle paure della società può essere ridotta con precisi interventi di educazione sanitaria. Quanto vi è di sofferenza intrinseca alla condizione di infezione del bambino e della famiglia può probabilmente essere controllato da un costante supporto psicologico fornito al bambino e alla sua famiglia, naturale o adottiva, da personale qualificato. Di grande aiuto può rivelarsi la scarica emozionale con cui il bambino si libera di un trauma antico, i cui termini essenziali sono rimasti a lungo inconsci. I fantasmi sono sempre dannosi mentre la realtà fa crescere.

In ogni centro pediatrico che segua bambini con infezione da HIV-1 la necessità di interventi di supporto psicologico è imprescindibile quanto la necessità delle varie metodiche di PCR o del-

l'ampia disponibilità di farmaci antiretrovirali. Ogni bambino e ogni famiglia hanno la propria storia e il proprio percorso nell'infezione da HIV-1. L'aver seguito nel tempo questa evoluzione può consentire di effettuare nel modo meno traumatico la comunicazione della diagnosi al bambino e all'adolescente, partendo da quanto egli ha, in qualche maniera, già compreso. Proprio perché qualcosa della verità è stato già compreso, le bugie sarebbero un metodo errato. Non esiste, probabilmente, il momento in assoluto giusto per la comunicazione della diagnosi che può avvenire gradualmente, fornendo al bambino e all'adolescente che domanda le risposte che egli è in grado di elaborare²².

Molti aspetti rendono del tutto peculiare l'infezione da HIV-1 rispetto ad altre condizioni di patologia cronica del bambino e dell'adolescente: la contagiosità, l'aver contratto l'infezione dalla madre, la scadente accettazione sociale e il forte rischio di emarginazione, il contatto con il mondo della tossicodipendenza, la malattia e anche la morte della madre e del padre, l'impossibilità di vedere il proprio futuro affettivo e sessuale uguale a quello dei coetanei²². Ma l'infezione da HIV-1 propone un modello di cui il pediatra deve essere consapevole, perché può essere mutuato anche in altre patologie che, per il loro potere invalidante o il rischio di morte connesso, richiedono un'adeguata attenzione all'equilibrio psichico, emotivo e affettivo.

Bibliografia

1. Ades AE, Gupta R, Gibb DM, et al. Selective versus universal antenatal testing: epidemiological and implementational factors in policy choice. *AIDS* 1999;13:271-8.
2. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med* 1994; 331:1173-80.
3. The International Perinatal HIV Group. The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1. A meta-analysis of 15 prospective study. *N Engl J Med* 1999;340:977-87.
4. de Martino M, Tovo P-A, Tozzi EA, et al. HIV-1 transmission through breast-milk: appraisal of risk according to duration of feeding. *AIDS* 1992;6:991-7.
5. Italian Register for HIV Infection in Children. Italian guidelines for antiretroviral the-

rapy in children with human immunodeficiency virus-type 1 infection. *Acta Paediatr* 1999;88:228-32.

6. Palumbo P, Burchett S. Diagnosis of HIV infection and markers of disease progression in infants and children. In: Pizzo PA, Wilfert CM. *Pediatric AIDS - The challenge of HIV infection in infants, children, and adolescents*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1998:67-87.

7. Chiarelli F, Verrotti A, Galli L, Basciani F, de Martino M. Endocrine dysfunction in children with HIV-1 infection. *J Pediatr Endocrinol Metabol* 1999;12:17-26.

8. Rivardo M. La verità possibile e l'informazione doverosa: come avviare un processo di comunicazione con l'adolescente HIV+, i soggetti del processo e i destinatari. Atti del I Convegno Nazionale "Adolescenza e AIDS", 1994:55-62.

9. Honigsbaum N. Supporting families affected by HIV infection. In: Mok JYQ & Newell ML (Eds), *HIV infection in children. A guide*

to practical management. Cambridge: University Press, 1995:250-63.

10. Freud S. *L'interpretazione dei sogni* (1899). Torino: Boringhieri Editore, 1980.

11. Bion WR. *Apprendere dall'esperienza* (1962). Roma: Armando Editore, 1972.

12. Freud S. *Al di là del principio di piacere* (1920). Torino: Boringhieri Editore, 1980.

13. Klein M. *The psychological principles of infant analysis* (1926). London: Hogart Press, 1975.

14. Klein M. *Personification in the play of children* (1929). London: Hogart Press, 1975.

15. Klein M. *The psycho-analysis of children* (1932). London: Hogart Press, 1975.

16. Winnicott DW. *Playing and reality*. London: Tavistock Publications, 1971.

17. Ferro A. *La tecnica nella psicoanalisi infantile*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1992.

18. Freud S. *Analisi della fobia di un bambino di cinque anni (caso clinico del piccolo*

Hans) (1908). Torino: Boringhieri Editore, 1980.

19. Klein M. *Narrative of a child analysis. The conduct of the psychoanalysis of children as seen in the treatment of a ten year old boy* (1961). London: Hogart Press, 1975.

20. Winnicott DW. *Colloqui terapeutici con i bambini*. Roma: Armando Editore, 1974.

21. Kalf DM. *Il gioco della sabbia*. Firenze: OS Editore, 1974.

22. de Martino M, Tovo P-A, Galli L, et al. HIV-1 perinatally infected children approaching adolescent age: a novel issue pediatricians will face shortly. VIII International Conference on AIDS. Amsterdam 1992 (Abstr PoC 4683).

La Dott. Alessandra Guarino Amato, pediatra e psicoterapeuta, rispondendo a una necessità avvertita dai pediatri del Centro di Riferimento Regionale per l'Infezione da HIV della Clinica Pediatrica III dell'Università di Firenze, segue dal 1994 i bambini HIV-1+.

Trieste, 12-13 maggio 2000 - Centro Congressi Stazione Marittima

LE GIORNATE DI MEDICO E BAMBINO

Venerdì 12 maggio

- 9.00 PROBLEMI PIÙ O MENO CORRENTI
Curare bene l'asma - G. Longo
Indicazioni alla splenectomia - P. Tamaro
- 10.00 UN FARMACO, UNA MALATTIA:
Il caso dell'artrite reumatoide - L. Lepore
- 10.30 EDITORIALE di D. Baronciani
- 11.00 *Caffè e biscotti*
- 11.30 LO SPECIALISTA E IL PEDIATRA
Tre raccomandazioni al pediatra da parte del cardiologo - F. Picchio
Tre raccomandazioni al pediatra da parte del rianimatore - A. Sarti
Tre raccomandazioni al pediatra da parte del chirurgo pediatra
A. Messineo
- 13.00 *Prosciutto in crosta, senape e kren*
- 14.30 RUBRICA ICONOGRAFICA - F. Longo
- 14.50 EDITORIALE - F. Marchetti
- 15.10 PAGINA GIALLA - A. Ventura
- 15.40 L'articolo dell'anno letto dall'Autore - L. Notarangelo
- 16.10 *Tè, torta e biscotti*
- 16.30 TAVOLA ROTONDA
Il bambino e il ricovero: passato, presente, futuro
F. Panizon, N. D'Andrea
- 17.30 I Poster degli specializzandi: commento e discussione - G. Bartolozzi

Sabato 13 maggio

- 9.00 Cosa ne è del self-help? Esperienze in controluce
F. Fusco (Valdagno), P. Polcino (Benevento), S. Fedele (Palermo)
- 10.00 EDITORIALE di G. Tamburlini
- 10.15 LE LETTURE DI: Massimo Fontana (Infettivologia),
Luigi Greco (Gastroenterologia), Giuseppe Maggiore (Epatologia)
- 11.30 PROBLEMI CORRENTI: Quando trattare la varicella - E. Barbi
- 11.50 *Aranciata e altre bevande*
- 12.10 EDITORIALE di F. Panizon
e assemblea degli abbonati (critiche, suggerimenti, programmi)
- 13.30 *Baci e abbracci*

COMUNICAZIONI SCIENTIFICHE

Si invitano gli specializzandi a inviare i contributi (sotto forma di abstract di una cartella) per la sezione poster. Il termine ultimo per la presentazione dei contributi è il 1° aprile 2000.



SEGRETERIA SCIENTIFICA

Il Comitato Scientifico di *Medico e Bambino*:
Franco Panizon, Giorgio Longo, Paola Rodari,
Giorgio Tamburlini, Alessandro Ventura

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Quickline Congressi
via S. Caterina da Siena 3 - 34122 TRIESTE
Tel. 040 / 773737 - 363586
Fax 040 / 7606590
e-mail: quick@trieste.com

POSTER

La sessione poster sarà quest'anno dedicata ai lavori degli specializzandi in Pediatria di tutte le Scuole di Pediatria d'Italia. Gli specializzandi stessi sono pertanto invitati ad inviare i loro abstract alla dott.ssa Simona Di Mario (Unità per la Ricerca sui Servizi Sanitari e la Cooperazione Internazionale c/o IRCCS Burlo Garofolo - via dell'Istria 65/1 - 34137 Trieste - tel. 040/3785236; fax 040/3785402 e-mail: lattemat@burlo.trieste.it). Per ulteriori informazioni contattare sempre la dott.ssa Di Mario.