

Delle risposte è responsabile il Comitato Editoriale che si avvale del contributo di esperti per ogni singola disciplina pediatrica:

ALLERGOLOGIA, CARDIOLOGIA, CHIRURGIA, DERMATOLOGIA, DIABETOLOGIA, EMATOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA, EPATOLOGIA, FARMACOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, GENETICA E MALFORMAZIONI, GINECOLOGIA PEDIATRICA, IMMUNOLOGIA, NEFROLOGIA, NEONATOLOGIA, NEUROLOGIA, NUTRIZIONE, OCULISTICA, ODONTOSTOMATOLOGIA, ORTOPEDIA, OTORINOLARINGOIATRIA, PATOLOGIA INFETTIVA, PNEUMOLOGIA, PSICHIATRIA, PSICOLOGIA, RADIOLOGIA, VACCINAZIONI

Che rischio hanno due genitori sani di avere un secondo figlio affetto da sindrome di Prune-Belly (agenesia della muscolatura addominale con associati reflussi vescico-ureterali)?

dott. Massimo Capitoli (pediatra di base)
Terni

La sindrome di Prune-Belly definisce un quadro composito, di cui gli elementi principali sono un'alterazione dello sviluppo della muscolatura addominale, accompagnata da alterazioni dell'apparato urinario e da criptorchidismo (probabilmente è proprio la malformazione ostruttiva del tratto urinario, che causa una distensione dell'addome fetale, la causa prima dell'anomalia della parete addominale).

Dal punto di vista della trasmissione genetica, nella grande maggioranza dei casi la sindrome ha un carattere sporadico, anche se in letteratura vengono descritti rari casi a ricorrenza familiare per i quali si è posto il dubbio di trasmissione autosomica-recessiva.

Nel caso specifico va consigliato un attento controllo ecografico in gravidanza che permetta di identificare precocemente le malformazioni tipiche della sindrome.

Bambino di 4 anni, di colore, con drepanocitosi (omozigote), mantiene valori di emoglobina intorno a 6,5 g%. Al di fuori delle crisi emolitiche, quali valori di Hb mantenere mediante trasfusione? Quali altri trattamenti farmacologici effettuati?

Qual è eventualmente la bibliografia di riferimento?

Pediatra ospedaliero

L'uso di trasfusioni croniche periodiche nella drepanocitosi omozigote è consigliato quando il paziente ha presentato delle severe manifestazioni della malattia quali attacchi ischemici cerebrali, se-

questrazione splenica, ricorrenti sindromi acute polmonari, ulcere intrattabili alle gambe. L'Hb deve essere mantenuta a un livello tale da sopprimere l'eritropoiesi e mantenere la percentuale di cellule con Hbs a meno del 30%. Le trasfusioni periodiche hanno un inconveniente in più rispetto a quanto succede nel Cooley, cioè il pericolo della iperviscosità.

Il trattamento obbligatorio in tutti i casi di drepanocitosi è la profilassi antibiotica con penicillina per evitare gravi infezioni settiche, come nei soggetti sottoposti a splenectomia.

Una buona revisione dell'argomento si trova nel numero 3 della rivista *Pediatric Clinics of North America* del 1996 (pag. 639-664).

Bambina di 9 anni, splenectomizzata nello scorso mese di luglio per "cisti splenica infoangiomasiosa".

È stata quindi sottoposta a vaccinazione con Pneumovax e consigliata terapia con diaminocillina (1.200.000 U ogni 3 settimane) per 2 anni.

Vorrei sapere: è necessario continuare con la diaminocillina, nonostante la bambina sia stata vaccinata con Pneumovax?

Se sì, per quanto tempo deve essere continuata la terapia con diaminocillina?

Ha senso sottoporre la bambina a vaccinazione anti-Haemophilus influenzae? Devono essere previsti dei richiami per il Pneumovax?

dott. Battista Guidi (pediatra ospedaliero)
Pavullo nel Frignano (MO)

Il Pneumovax doveva essere fatto prima della splenectomia (dopo la splenectomia è meno efficace).

La protezione con penicillina non è raccomandata oltre il 10° anno di vita.

L'emofilo B di regola non colpisce il bambino di età superiore ai 5 anni (ma già dopo i 3 anni è raro).

È opportuno ricordare che non devono essere fatti richiami del vaccino anti-pneumococcico perché danno con molta facilità reazioni importanti.

Per un bambino in età prescolare che presenta infezioni recidivanti alle alte vie respiratorie, che cosa si può fare e che cosa va valutato dal punto di vista diagnostico?

Pediatra

Se le infezioni sono banali (tutte più o meno uguali, che si risolvono in tempi accettabili, senza troppe complicazioni batteriche), non va fatto alcun accertamento. Se sono troppo numerose (più di una al mese) e non è possibile ridurre la socializzazione (contagio), un tentativo con i cosiddetti "immunostimolanti" è ragionevole.

C'è un razionale nell'uso della colestiramina in corso di diarrea acuta?

Pediatra di base

La colestiramina è una resina a scambio ionico che agisce legando i sali biliari e impedendone quindi l'azione catartica sul colon; si suppone possa anche legare e inattivare le tossine batteriche.

Trova indicazione elettiva nelle diarreie croniche con malassorbimento dei sali biliari (contaminazione alta del tenue, sindrome dell'intestino corto ecc.).

Non è invece raccomandato il suo utilizzo nella diarrea acuta, anche se ne è stata dimostrata una minima attività nel ridurre i tempi della diarrea stessa.

Oltretutto ricordo un lattante ricoverato con quadro di "addome acuto" per impatto fecale da colestiramina. La terapia della diarrea è la reidratazione orale, utilizzando soluzioni reidratanti con 60 mEq/l di Na e 20-25g/l di glucosio.

Recentemente ho auscultato delle extrasistoli in una divezza di 5 mesi. L'ho inviata a consulenza cardiologica dove sono state confermate le extrasistoli e considerate benigne, da ricontrollare. A cosa si deve pensare auscultando delle extrasistoli in un lattante e cosa si intende per controllo nel tempo?

Pediatra

Se le extrasistoli sono state giudicate benigne, si suppone che non vi siano segni di cardiopatia organica o di disfunzione miocardica (ecocardiografia negativa), e che le extrasistoli siano sporadiche e monomorfe.

La pericolosità delle extrasistoli a qualunque età è determinata, più che dal loro numero, dalla presenza di una cardiopatia organica (valvulopatia, cardiomiopatia ecc.), o di turbe elettriche visibili

all'ECG (preeccitazione ventricolare, Q-T lungo, blocchi plurifascicolari). Questo giustifica la richiesta di consulenza cardiologica. Le indicazioni al controllo nel tempo sono da considerare "prudenziali" da parte del cardiologo e hanno lo scopo di verificare la variabilità spontanea dell'aritmia; io le condivido.

Credevo che l'andatura sulle punte dei piedi fosse "fisiologica" almeno fino ad una certa età. E così non ho sospettato una retrazione del tendine di Achille (bilaterale) in una bambina di 15 mesi. Dopo un tentativo fallito di trattamento fisioterapico, la piccola è stata sottoposta a intervento chirurgico.

Quando e come si deve e si può sospettare questo problema? (primitivo, secondario a lesioni del SNC?)

Se riconosciuto in tempo, è possibile e risolutivo il solo trattamento fisioterapico su questi tendini "troppo corti"?

Pediatra di base

La possibilità di una retrazione del tendine di Achille bilaterale (a parte patologie rare come l'artrogriposi) può essere dovuta:

1. A una retrazione del tendine d'Achille apparente. In questo caso l'equinismo è dovuto soltanto all'abitudine del bambino a camminare sulle punte del piede. È una condizione facilmente rilevabile in quanto il piede si "talizza" (manualmente può essere "tirato in su" per un angolo superiore ai 90°) e il bambino, anche se con un po' di fatica, riesce a camminare sui talloni.

2. A un piede torto equino diretto (che è probabilmente il caso da Lei descritto).

CORSO DI AGGIORNAMENTO IN ENDOCRINOLOGIA E DIABETOLOGIA PEDIATRICA

SIEDP - ACP: Rimini 15-16 maggio 1998

Il Corso è rivolto al pediatra di base. Le sessioni plenarie si svolgeranno secondo il modello del "confronto": gli oratori (uno specialista endocrinologo e un generalista esperto), dopo una breve presentazione del proprio punto di vista sull'argomento affidato, risponderanno alle domande del pubblico. Nelle sessioni per piccoli gruppi saranno redatti dei protocolli di comportamento (uno per ciascun gruppo) che a sua volta saranno sintetizzati in seduta plenaria in un documento finale di comportamento con l'approvazione del pubblico. Queste linee guida saranno pubblicate rispettivamente sulla *Rivista di Diabetologia Pediatrica* e su *Quaderni ACP*. Nella sessione "Presentazione di casi clinici" saranno presentati da parte del pubblico tre casi clinici particolarmente istruttivi inerenti la materia, precedentemente selezionati (**i casi dovranno pervenire alla Segreteria Scientifica entro il 15.4.98**). Gli oratori saranno ospiti del Congresso. I casi selezionati saranno pubblicati su *Medico e Bambino*.

Venerdì 15 maggio

- ore 14.30 - 15.15 **Obesità nel bambino e nell'adolescente** (pediatra generalista ed endocrinologo a confronto)
G. C. BIASINI - S. BERNASCONI - modera A. ALBERTI
- ore 15.15 - 16.45 **SESSIONI PARALLELE** Elaborazione di un protocollo (i "10 comandamenti") da parte di ogni gruppo sui seguenti argomenti:
Schemi e dosi di terapia insulinica (3 gruppi paralleli)
Indicazioni convenzionali all'uso del GH (3 gruppi paralleli)
- ore 17.00 - 17.45 **Presentazione di casi clinici da parte del pubblico** con il commento di M. CAPPA - V. VECCHI
- ore 17.45 - 18.30 **Elaborazione di una linea guida conclusiva e condivisa sulle indicazioni all'uso del GH:**
B. BOSCHERINI - S. LOCHE (sintesi dei protocolli proposti dai gruppi di studio discussa in aula con il pubblico)

Sabato 16 maggio

- ore 9.00 - 9.45 **Quando inviare il bambino allo specialista endocrinologo** (pediatra generalista ed endocrinologo a confronto)
F. PANIZON - E. CACCIARI - modera S. VOLPATO
- ore 9.45 - 11.15 **SESSIONI PARALLELE** **Come imparare a leggere l'età scheletrica in 90'** (3 gruppi)
L'adattamento insulinico (altri "10 comandamenti") (3 gruppi)
- ore 11.45 - 12.45 **Elaborazione di una linea guida conclusiva e condivisa di terapia insulinica**
M. VANELLI - M. POCECCO (sintesi dei protocolli proposti dai gruppi di studio discussa in aula con il pubblico)

Segreteria Scientifica

A. Brunelli, G. Cerasoli, V. Lotti, M. Pocecco (Cesena)
tel. 0547/372841 - fax 0547/352656
e-mail: mpocecco@cess.unibo.it

Segreteria Organizzativa

ADRIA CONGREGEX
Parco F. Fellini, 3 - 47037 Rimini
tel. 0541/56404 - fax 0541/56460 • e-mail: acx@iper.net

to). I riflessi sono tutti normali ma esiste soltanto una retrazione del tendine d'Achille e la manovra di talizzazione è impossibile, o mai completa. È indicato l'intervento chirurgico di allungamento del tendine di Achille.

3. A una paraparesi spastica che può dare, anche se solo raramente, come unico segno l'equinismo. Esiste in questo caso una tensione muscolare diffusa con ipereccitabilità dei riflessi rotulei e achillei. Vi è sempre una storia di sofferenza neonatale.

Si è stabilito che per la vaccinazione antidifterica-antitetanica non si debba ricominciare il ciclo primario qualora non sia trascorso più di un anno tra la prima e la seconda dose e non più di cinque anni tra la seconda e la terza. Questa limitazione temporale non contrasta con il meccanismo della memoria immunologica che risponde prontamente a periodi di tempo ben più lunghi? Nella Consensus Conference di Riva del Garda 96, nello schema vaccinale in

cui alla vaccinazione antidifterica-tetanic si associa l'antipertosse, vengono riportate tre dosi, a distanza di due mesi l'una dall'altra, di DTPa. Perché somministrare una terza dose di DT, non necessaria, e non somministrare soltanto l'Acelluvax, dal momento che la terza dose ha solo la funzione di completare il ciclo di base della pertosse? Qual è il dosaggio degli anticorpi antipertosse considerato protettivo?

Pediatra consultoriale

Alla prima domanda rispondo che Lei ha ragione, cioè che probabilmente non dovremmo ricominciare da capo, anche per ritardi superiori a quelli indicati dalla Circolare Ministeriale: tanto è vero che negli Stati Uniti non viene più stabilito alcun intervallo massimo fra un'inoculazione e un'altra. Ma l'abbandono di regole, già abbastanza larghe, si accompagnerebbe probabilmente all'aumento di una piaga, così comune nel nostro Paese, quella del ritardo nel completamento del ciclo vaccinale.

Anche per la seconda domanda Lei ha

probabilmente ragione, anche se non esiste in Italia un protocollo di nessuna Regione, che preveda uno schema, come quello da Lei proposto. Non ci sono d'altra parte pubblicazioni che documentino scientificamente la sua proposta, anche se non si capisce perché dovrebbe essere altrimenti. Comunque, quando a livello di Sanità pubblica i pediatri accennano a questa possibilità, vengono giustamente sottolineate le difficoltà, economiche e pratiche, di approvvigionare i Servizi di vaccinazione di due diversi tipi di confezione. Penso tuttavia che la sua proposta potrebbe essere la risposta del pediatra di famiglia ai Servizi territoriali di vaccinazione, che abbiano stabilito di eseguire due sole somministrazioni di DTPa (come per esempio in Umbria) nei primi 6 mesi di vita, invece di 3, come viene eseguito in tutte le Nazioni europee (salvo la Svezia) e in USA.

La risposta in anticorpi alla somministrazione del vaccino contro la pertosse è importante per dimostrare l'immunogenicità del vaccino impiegato, ma non è ancora chiaro il ruolo preciso degli

Associazione Culturale Pediatri
Medico e Bambino

XX INCONTRO TRA PEDIATRI DELLE REGIONI MERIDIONALI - 1998

GIOVEDÌ 30 APRILE
SOVERATO, PALAZZO DI CITTÀ

ore 16.30

PEDIATRIA E SOCIETÀ

De Renzi - *Aspetti genetici e aspetti acquisiti dell'intelligenza*

Panizon - *Oltre la genetica, che fare?*

Alcaro - *Pediatria, scuola e società*

Calabretta - *La città e la formazione del cittadino*

Conclusioni di Mons. Bregantini, Vescovo di Locri

VENERDÌ 1 MAGGIO
COPANELLO, HOTEL "VILLAGGIO GUGLIELMO"

ore 10.00

Sereni - *La Pediatria italiana ieri e oggi*

Guglielmi - *Lo scroto acuto*

Garattini - *La medicina basata sull'evidenza*

Arcangeli - *Novità in Dermatologia pediatrica (Parte I)*

ore 15.00

Mastroiacovo - *La prevenzione possibile per malattie malformative e genetiche*

Longo - *Le evidenze in asma e allergia*

SABATO 2 MAGGIO
COPANELLO, HOTEL "VILLAGGIO GUGLIELMO"

ore 9.00

Apicella - *Casi clinici*

Bartolozzi - *Vital Statics: cos'è cambiato in 20 anni*

Arcangeli - *Novità in Dermatologia pediatrica (Parte II)*

Greco - *I rischi alimentari... evidenti*

Panizon - *Vitamine e integratori oggi*

ore 15.00

Gruppi di lavoro

ore 17.30

TAVOLA ROTONDA - LA PEDIATRIA ITALIANA OLTRE IL 2000 (discussione del documento ACP sulla riorganizzazione delle cure pediatriche)

Tamburlini - *Gli interventi extrasanitari per la salute del bambino*

Biasini - *Gli interventi territoriali*

D'Andrea - *La rete ospedaliera e il suo ruolo al 2° e al 3° livello delle cure*

Calia - *Il ruolo della pediatria di libera scelta*

DOMENICA 3 MAGGIO
COPANELLO, HOTEL "VILLAGGIO GUGLIELMO"

ore 9.30

Apicella - *La scuola della pace*

Marchetti - *Evidenze in Antibiotico terapia*

Ventura - *Evidenze in Gastroenterologia*

Panizon - *Un pediatra al passo con i tempi*

Alcaro - *Un caso clinico*

Gruppi di lavoro: *I gruppi Balint - Un'esperienza pediatrica* (Attanasio - Vignuda); *La pediatria di gruppo* (Calia); *Gli angiomi, quali comportamenti?* (Ricciardetti - Guglielmi); *La presa in carico del bambino con sindrome di Down* (Mastroiacovo); *Il bambino che non cresce* (Greco); *Gastroenterologia* (Ventura); *Dermatologia pediatrica* (Arcangeli); *Vaccinazioni oggi* (Bartolozzi).

Per informazioni rivolgersi a: Teresa Còdamo o Pasquale Alcaro,
Ospedale di Soverato (CZ); Tel. 0967/539223 - 539237
Fax 0967/528264

anticorpi nella protezione verso la pertosse, malattia per la quale l'immunità cellulare rappresenta l'elemento essenziale di difesa.

Sono indicati accertamenti immunologici in lattante di 9 mesi che sviluppa Herpes zoster a un braccio senza apparenti contatti con pazienti affetti da varicella? In anamnesi: varicella a 1 mese (contratto dalla sorella) e tre episodi di bronchite asmatica (l'ultimo curato anche con betametasona per os), una settimana prima dell'eruzione vescicolare.

Pediatra

È facilmente comprensibile: ha contratto la varicella in età di scadente risposta immunitaria. È ancora in un'età di scadente risposta immune, e tuttavia la sua immunità è abbastanza buona da non fare uno zoster generalizzato. Orientativamente è un bambino con un sistema immunitario costituzionalmente sano, la cui efficienza parziale è dovuta all'età. Non c'è indicazione all'approfondimento.

Bambina di 6 anni, da sempre in ottima salute, ma da circa 1 anno, con cadenza grossolanamente mensile, si sveglia alle 6 del mattino, annuncia di dover vomitare, vomita saliva e muco per circa 1 ora, poi tutto passa, fa colazione e va a scuola felice e contenta.

dott. Lucio Piermarini (medico consultoriale)
Terni

Non so cosa sia. L'ipotesi più semplice è che si tratti di una forma precoce e "minore" (perché lieve) di vomito ciclico; l'altra che sia una forma precoce e minore (perché rara) di vomito dello scolaro. Non ci farei molto caso.

Bambino di 3 anni in profilassi con trimetoprin per reflusso vescico-ureterale bilaterale di secondo grado, diagnosticato 20 giorni dopo IVU.

A due anni, situazione invariata alla cistografia.

Per quanto tempo continuare la profilassi (durante la quale non sono mai comparse altre IVU)?

Quando è opportuno fare ulteriori accertamenti?

dott.ssa Nicoletta Danuso (libero professionista)
Milano

Malgrado il reflusso di 2° grado preveda nel maschio di 3 anni di mantenere la profilassi, noi saremmo tentati di sospenderla con controlli urinari (stix per nitriti) ogni 15 giorni nei primi mesi. Dopo un anno potrebbe già rifare un controllo cistografico: una guarigione può essere attesa fino al 6° anno di vita.

Quali sono le principali "urgenze" di un bambino affetto da diabete mellito ID e cosa può fare il pediatra di base?

dott. Raffaele D'Errico (pediatra di base)
Marano di Napoli

Le principali urgenze sono rappresentate dall'ipoglicemia e dalla chetoacidosi e ancora dagli episodi infettivi intercorrenti (febbre, febbre e vomito ecc.) che

possono esserne la causa.

Cosa fare quando il bambino ha la febbre e non mangia, peggio se vomita e ha già fatto l'insulina?

1. La malattia febbrile usualmente aumenta il fabbisogno di insulina e pertanto l'insulina non deve (o non dovrebbe) mai essere sospesa, anche se il bambino non mangia. Meglio passare alla somministrazione di insulina pronta e modificare eventualmente la dose (modifiche in più o in meno non superiori al 10%) ogni 4-6 ore sul rilievo della glicemia.

2. Se i genitori hanno già sbagliato e saltato la dose di insulina e il bambino si sta avviando verso una situazione di chetoacidosi (glicosuria e chetonuria massiva, sete intensa e polipnea), si può ancora tentare di risolvere il problema senza ricoverare il bambino, somministrando piccole dosi di insulina (1/6 della dose totale abituale giornaliera), ogni 3 ore sotto cute, offrendo contemporaneamente abbondanti quantità di una soluzione glucosalina per os. In questo caso non si deve avere paura di dare un po' di zucchero in più, ma è im-

portante dare acqua e sale (e senza zucchero è difficile che il bambino accetti la soluzione). Una bevanda tipo "Gatorade" o simili può andare bene.

3. In un'unica occasione l'infezione può accompagnarsi al rischio di ipoglicemia: la gastroenterite acuta grave con vomito nel bambino di meno di 5 anni. Se l'insulina è stata fatta, il bambino è in ipoglicemia e non riesce ad assumere soluzioni zuccherate per os, lo zucchero può essere assorbito anche attraverso la mucosa orale e poi c'è sempre il salvavita, cioè il glucagone, che può essere somministrato sia sotto cute che intramuscolo e che è in grado di risolvere un'ipoglicemia severa nell'arco di 3-5 minuti.

Qual è il migliore antistaminico da somministrare in corso di orticaria? E in corso di varicella?

dott. Raffaele D'Errico (pediatra di base)
Marano di Napoli

Se il problema è quello di togliere il prurito (varicella), l'antistaminico più efficace è l'idrossizina (ma vanno bene un po' tutti gli antistaminici di prima generazione con azione anche sedativa centrale).

Nell'orticaria il prurito non è però il problema più importante e sono quindi consigliabili gli antistaminici di seconda generazione che non danno sonno. Nell'orticaria che non risponde sufficientemente agli antistaminici di seconda generazione (sono in genere orticarie cro-

niche), noi utilizziamo la cinnarizina con risultati decisamente migliori. E per finire, nell'orticaria da freddo, l'antistaminico più efficace risulta essere la ciproepetadina.

Vorrei sapere se ritiene necessario richiedere coprocoltura e Tine test per l'ammissione all'asilo nido di bambini tra i 6 mesi e i 3 anni di età e se mi può indicare letteratura recente al riguardo.

dott.ssa Renata Colombo
(pediatra consultoriale, d'asilo e di base), Vercelli

Entrambe le richieste esprimono un'iniziativa locale che personalmente non condividiamo, ma che non hanno carattere di invasività e di disturbo per il singolo bambino, solo per la collettività. Perché non li condividiamo? Il Tine test ha una probabilità di trovare un soggetto positivo di circa lo 0,5% all'ingresso della scuola, verosimilmente dello 0,05% all'età dell'asilo nido, contro un numero certamente più alto di falsi positivi.

L'OMS non raccomanda il Tine test come misura di salute pubblica rilevante nei Paesi Occidentali. In Italia, dove il Tine test è fatto per legge all'ingresso delle scuole elementari, c'è la tendenza a spostarlo verso l'età più avanzata (uscita dalle elementari o uscita dalla scuola media). (Vedi in proposito anche l'articolo sulla TBC su *Medico e Bambino* 8, 493, 1996).

Quanto alla coprocoltura, la preoccupa-

zione di non introdurre dei portatori sani di salmonella in una comunità di bambini piccoli è ragionevole. La misura di controllare la coprocoltura all'ingresso non è però sufficiente ad evitare il contagio, che può verificarsi in qualunque momento dell'anno per un'infezione sintomatica o asintomatica sopravvenuta. La richiesta di coprocoltura rientra dunque in quelle misure genericamente garantiste di facciata, inutilmente costose e fatte per produrre false sicurezze e dipendenze che costellano di sprechi e di irrazionalità la nostra medicina "sociale".

Quale deve essere il follow-up di un figlio di madre HCV e/o HBsAg positiva?

Pediatra

Per il neonato figlio di donna HBsAg+:
 immunoglobuline specifiche alla nascita;
 vaccinazione alla nascita nelle regioni che la prescrivono;
 allattamento materno;
 se non vaccinato, verifica della situazione a un anno.

Per il neonato figlio di madre HCV positiva sono in corso alcuni studi (Firenze, Bologna, Veneto...), per ora non conclusivi, sul rischio legato all'allattamento materno, rischio che comunque, se esiste, è molto basso.

Anche in questo caso, verifica a un anno della situazione.

Si suggerisce di utilizzare il tagliando qui sotto o comunque di prenderlo a modello di massima e indirizzare a:
Giorgio Longo, Clinica Pediatrica, Istituto per l'Infanzia "Burlo Garofolo", via dell'Istria, 65/1 - 34100 Trieste

Al Comitato Editoriale di 'Medico e Bambino'
Vorrei avere una risposta al seguente problema

Firma

Indirizzo

Accetto che il mio nome compaia sulla rivista in calce
al quesito (barrare sì o no) sì no

Attività o qualifica

- libero professionista
- medico Saub
- medico consultoriale
- medico generico
- pediatra
- ospedaliero
- universitario