

Paìdòs

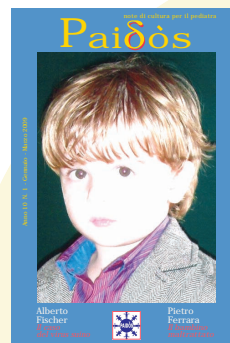
Anno 10 N. 1 - Gennaio - Marzo 2009



Alberto
Fischer
*Il caso
del virus suino*



Pietro
Ferrara
*Il bambino
maltrattato*



Rivista Paidòs

Direttore responsabile
Francesco La Magna

Direttore
Antonino Gulino

Vicedirettore
Maria Libranti

Comitato Scientifico
Giorgio Bartolozzi
Alberto Fischer
Lorenzo Pavone
Gino Schilirò
Francesco De Luca

Responsabile
di redazione
Francesco Privitera
Comitato di redazione
Filippo Di Forti
Vito Marletta
Salvatore Spitaleri

Collaboratori

Giusy Germenia
Angelo Milazzo
Sergio Sambataro
Antonio Fichera
Raffaele Falsaperla
Sergio Mangiameli
Tommaso Lovecchio

C.D. Ass. Culturale
Paidos *

Alberto Fischer
Salvatore Bonforte
Rosario Bucchieri
Filippo Di Forti
Antonino Gulino
Maria Libranti
Lidia Luglio
Vito Marletta
Giuseppe Mazzola
Gino Miano
Giuseppe Patanè
Francesco Privitera
Salvatore Spitaleri

Segreteria e Grafica

ASC Europromo
Tel. 347 7792521
Fax 095 7571514
redazione.paidos@tiscalinet.it

Stampa

Eurografica La Rocca
Riposto (CT)
Tel. 095 931661 - 095 9700035
info@eurograficalarocca.it

Questo periodico è distribuito
gratuitamente ai pediatri

Reg. Tribunale di Catania
N. 27/2000 del 30/11/2000

EDITORIALE

Macerie

di Antonino Gulino

Il terremoto che ha sconvolto l'Abruzzo ci ha colpito per la sua violenza distruttrice; in un attimo una natura impazzita ha travolto non solo centinaia di vite ma anche le nostre fragili certezze.

Macerie coprono non solo i corpi di tante vittime innocenti ma anche i nostri miti supertecnologici che diventano muta testimonianza della nostra incapacità di progettare anche le nostre abitazioni. Fra le vittime tanti bambini, a cui le madri inutilmente avevano cercato di fare da scudo per salvarli da una fine atroce. Un gesto di eroismo o semplicemente un modo naturale per proteggere il loro bene più prezioso, un atto d'amore infinito che ci riconcilia con un'umanità che certa cronaca ci fa apparire come irrimediabilmente perduta.

Il maltrattamento infantile è infatti l'argomento dell'intervista che in questo numero facciamo a Pietro Ferrara uno dei più graditi ospiti dei nostri incontri, ma anche della toccante testimonianza che Filippo Di Forti ha voluto ospitare nello spazio dedicato all'*allergonauta*.

La violenza nei confronti dei minori non è più un evento occasionale, espressione di un contesto malato, marginale, ma è divenuta una emergenza non solo medica ma sociale.

Essa è figlia di una genitorialità immatura, che trasforma il bambino in un oggetto senza anima da esibire, da usare ma che non si ha voglia di accudire quando sta male o semplicemente piange senza un motivo apparente.

Non a caso la *shaken baby syndrome*, la sindrome del bambino scosso, è causata non da mostri senza volto ma da genitori esasperati o meglio incapaci di assolvere il proprio ruolo. Gli stessi genitori che affollano i nostri ambulatori e che pretendono salute a qualunque costo purchè sia immediata: la febbre deve passare subito, un figlio malato è un peso impossibile da sostenere ruba tempo al lavoro, alla cena con gli amici, alla palestra. Avere un figlio è bello, ci fa sentire grandi ma è scomodo, ci toglie spazio, tempo, vita. Quella stessa vita che le tante mamme d'Abruzzo non hanno esitato ad offrire per salvare i propri figli, quella vita che le tante mamme di bimbi malati cronici mettono a disposizione per dare loro un'opportunità.

A loro va la nostra gratitudine come uomini e come pediatri: sono loro che ci fanno sentire utili, che ci confermano, ogni tanto ne abbiamo bisogno, che il nostro non è solo un lavoro ma un impegno etico e sociale nei confronti di coloro che sono e debbono essere il nostro futuro.

SOMMARIO

- 3 Editoriale
 - 4 L'angolo di Giorgio Bartolozzi
 - 6 Il caso del virus suino
 - 7 Casi da ricordare: l'asma bronchiale
 - 8 Pillole di... neonatologia
 - 10 Il topo morto è stato salvato
 - 12 Il bambino maltrattato
 - 16 L'allergonauta
 - 17 La paralisi del facciale
 - 18 Il professionista riflessivo
 - 19 Cervello, l'invidia fa male quanto un dolore
 - 20 Malocclusioni: sono in aumento?
 - 21 Pediatroscopo
 - 21 Lo stupidiatra
 - 22 News dalla rete
- RUBRICHE**
- 14 Cinema e pediatria
 - 14 Recensioni
 - 15 Digiamoceolo

Copertina
(foto di A. Gulino)

Il Parvovirus B19, responsabile della "Quinta Malattia", potrebbe sembrare un virus innocuo. Non è così per chi soffre di emoglobinopatie o immunodeficienze, poiché il virus, interagendo con le cellule emopoietiche, ne peggiora la loro instabilità con gravi conseguenze.



B19: se sei anemico non mettere la quinta.

di Giorgio Bartolozzi

Alcune recenti segnalazioni di endemica "quinta malattia" fanno riandare ad un lavoro che, pur dopo 5 anni, rimane la letteratura migliore sul parvovirus B19 (NEJM 2004, 350:5867-97). Questo virus è responsabile di molte patologie pediatriche, in alcune delle quali la sua compartecipazione passa del tutto inosservata rispetto alle situazioni, spesso

drammatiche, a cui si deve porre rimedio. Infatti nella grande maggioranza dei casi chi incontra per la prima volta il virus fa l'infezione, ma non fa la malattia. Per fare la malattia devono esser presenti nel soggetto infetto delle condizioni particolari (iperplasia del midollo osseo, difetti dell'immunità, vita embrionale o altro) che facilitano le manifestazioni cliniche da B19.

Rivediamo un pò il perchè attraverso un pro-memoria delle patologie causate dal virus.

a) **Quinta malattia.** Meglio chiamarla *Eritema infettivo*, secondo ormai una definizione corretta, essen-

do la definizione per numeri un residuo storico di un tempo in cui non si conosceva l'etiopatogenesi di alcune malattie frequenti nell'infanzia (il morbillo era la prima, la scarlattina era la seconda, terza era la rosolia, e sesta la roseola infantum o exantema subitum). La malattia si evidenzia attraverso un esantema particolare che dà al viso un aspetto di volto schiaffeggiato, mentre agli arti superiori l'esantema si presenta con un aspetto a rete, che dura per 2-3 settimane ed è caratterizzato da riaccensioni nel corso della stessa giornata.

b) **Artropatia** (artralgie più che artrite). La forma è tipica dell'adulto, con maggiore incidenza nel sesso femminile, soprattutto di tipo acuto e solo raramente cronico, che non progredisce verso l'artrite reumatoide.

c) **Crisi plastiche**, per lo più transitorie. L'infezione da B19, che colpisce in modo acuto, in-

teressa, sin dalle prime fasi della malattia, anche il midollo osseo, nel quale determina un blocco non solo della serie eritopoietica. Il numero dei globuli rossi giovani (reticolociti) si avvicina allo zero nei primi giorni della malattia; poi dopo 7-10 giorni la maturazione delle cellule del midollo riprende normalmente e non fanno a tempo a comparire i segni ed i sintomi dell'anemia: cioè in un soggetto normale, nel quale la vita media di un globulo rosso è di 120 giorni, un arresto maturativo di un paio di settimane non comporta alcuna variazione evidente della crisi ematica. Ma se l'infezione avviene in un soggetto nel quale vi sia in precedenza un'anemia emolitica cronica con forte iperplasia rossa midollare (talassemia, drepanocitosi) e con una riduzione notevole della durata della vita di un globulo rosso, ecco che la mancata produzione di nuovi globuli rossi si

manifesta con un aggravamento improvviso dell'anemia emolitica, per una crisi aplastica, che una volta veniva addebitata a un'insufficienza funzionale del midollo osseo e non ad un'infezione.

d) **Anemia persistente.** Se l'infezione da B19 colpisce un soggetto immunodeficiente o immunocompromesso, per questa sua situazione, non monta sufficienti difese per eliminare il B19, ecco che il virus permane più a lungo nel midollo e la malattia si cronicizza. In questi casi la lunga permanenza, di molte settimane o di mesi, prolunga il blocco midollare al di là della sopportazione della crisi ematica e insorge anche in questo caso un'anemia, che sarà persistente. Oggi sappiamo che l'uso di immunoglobuline per via venosa ha presto ragione dell'infezione e quindi dell'anemia persistente, perchè le difese principali del nostro organismo contro il B19 sono

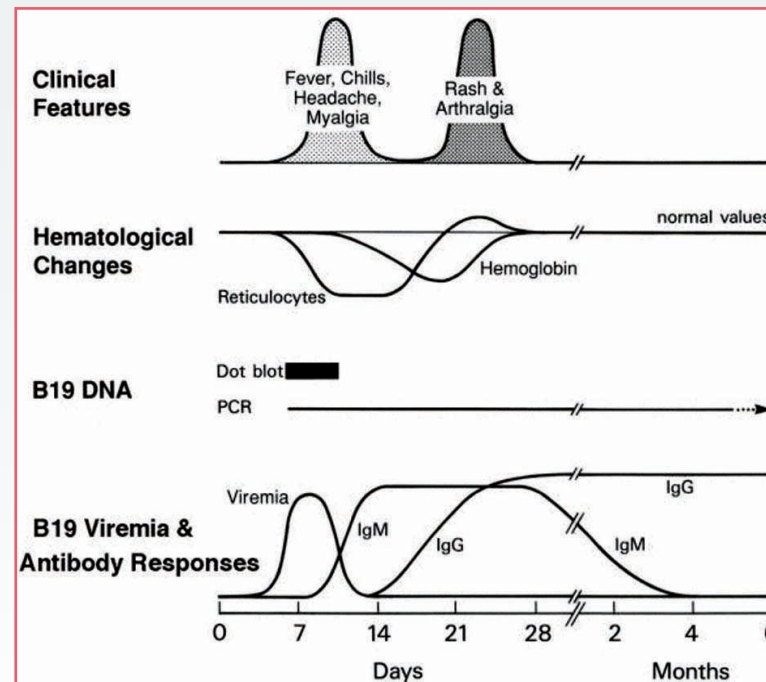
proprio le immunoglobuline. La scomparsa del virus dal sangue è infatti proprio legata alla presenza di anticorpi specifici, presenti in buona quantità nelle Ig correnti del commercio, per la diffusione dell'infezione (senza sintomi) nella popolazione.

e) **Idrope fetale e anemia congenita.** E' questo un quadro di stretta pertinenza pediatrica, che assomiglia a quello che vedevamo per le gravi isoimmunizzazioni fetali da Rh, tanto è vero che qualcuno chiama questi bambini come "idrope fetale non immune". una donna che in gravidanza presenti un'infezione da B19 ha il 30% di probabilità di presentare un idrope fetale e 5-9% di perdere il prodotto del concepimento.

Se la ricerca della sierologia per il B19 viene eseguita in un soggetto che già in precedenza si era ammalato in seguito a un'infezione da questo virus, troveremo solo degli

anticorpi della classe IgG, mentre in caso di infezione acuta in atto troveremo degli anticorpi della classe IgM.

A ben pensare, come viene riferito nella pubblicazione del NEJM, il parvovirus B19 si offre perfettamente come un esempio evidentissimo di uno stretto rapporto fra patogeno e caratteristiche dell'ospite infettato nel condizionare il passaggio da semplice infezione senza sintomi a quadri clinici, apparentemente così diversi da far pensare a cause diverse.



Ogni qualvolta un evento sanitario imprevisto, originato in aree geografiche che per la maggior parte di noi rivestono ancora il carattere del mistero, i nostri amati media se ne appropriano in tutti i 250 (sic) canali, trasformandolo in quello che definisco *terrorismo mediatico*, forse per forgiarci alla paura, mentre la crisi economica ispira solo pacioso ottimismo. Ricordate l'influenza aviaria? Come è finita? Dove è finita? Morti reali o virtuali? E così dopo gli uccelli, le mucche, ecco all'orizzonte un nuovo pericolo: i suini. Ma vediamo cosa ci dice il CDC (Center for Disease Control and Prevention).



E' nuovo terrorismo mediatico?

Ovvero il caso del virus suino

di Alberto Fischer

Al 25 aprile 2009 in USA sono stati diagnosticati con sicurezza ben 20 casi umani di *Influenza suina* (7 in California, 2 nel Kansas, 8 in NY, 1 caso in OHIO e 2 in Texas). La SF (Swine Flu) è una malattia respiratoria dei suini causata da un tipo A di virus influenzale (AH1N1 virus) che normalmente è responsabile di endemie tra i suini. Nei suini il virus causa alti livelli di malattia ma una bassa percentuale di morti. Sebbene il virus circoli tutto l'anno tra i suini, la massima esplosione si ha alla fine dell'inverno al pari dell'influenza umana, e come quest'ultima il virus influenzale suino cambia costantemente i suoi connotati antigenici. I suini, inoltre, possono essere infettati anche dall'influenza aviaria e da quella umana e, quando uno di questi virus infetta il suino può succedere (e questo lo sapevamo dall'influenza aviaria) che il virus venga riarrangiato e originarsi un nuovo virus in grado di infettare anche l'uomo. Al momento 4 sono sicuramente i virus prodotti: H1N1, H1N2, H3N2 e H3N1.

In condizioni normali è difficile che l'uomo venga infettato dal virus suino, tuttavia da sempre vengono segnalati sporadici casi di trasmissione. In genere queste infezioni colpiscono quanti accudiscono agli allevamenti di suini cioè coloro che hanno diretto contatto con i maiali infetti. Pochi sono anche gli esempi di contagio interumano del virus, come è il caso del Wisconsin nel 1988, quando senza alcuna evidenza di epidemia, furono evidenziati in alcune persone anticorpi contro il virus. Dal dicembre 2005 al febbraio 2009 sono stati segnalati in USA solo 12 casi di infezione umana con SF.

Al pari dell'influenza umana la trasmissione avviene attraverso le famose goccioline di Flugge, e quindi per via respiratoria, mentre non vi è alcuna trasmissione mangiando carne di maiale (siano tranquilli gli estimatori del prosciutto). Poiché è dimostrato come la trasmissione possa avvenire tra maiale e uomo e viceversa e tra uomo e uomo, attenzione bisogna porre nel preve-

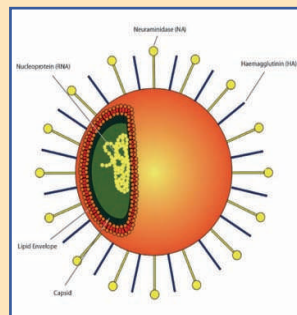
nirla solo evitando le grosse collettività, le zone chiuse ed affollate, al pari di quanto previsto per la comune influenza.

I sintomi non differiscono molto da quelli che caratterizzano l'influenza umana. Spiccano la febbre spesso elevata, che si accompagna a cefalea, torpore, mialgia, tosse e, in alcuni casi, anche sintomi gastrointestinali. Segnalati anche esiti infausti correlati in prevalenza a complicanze cardiopolmonari. Il soggetto sospetto di avere un'infezione da H1N1 deve rispondere ai seguenti criteri: a) persona con malattia acuta respiratoria che abbia avuto contatto con un soggetto sicuramente affetto da infezione; b) persona con malattia acuta respiratoria proveniente da zone endemiche o epidemiche.

La diagnosi vien fatta prelevando un campione di espettorato entro 4-5 giorni dall'inizio della malattia. Nei bambini è possibile riscontrare in questa sede il virus anche fino al 10° giorno. L'identificazione viene fatta poi in laboratori altamente specializzati attraverso la coltura del virus o con PCR.

Quattro sono attualmente i farmaci utilizzati nel trattamento: amantadina, rimantadina, oseltamivir, e zanamivir, ma il CDC raccomanda gli ultimi due poiché sono state segnalate numerosi insuccessi con i primi due. La chemio profilassi viene eseguita con oseltamivir e zanamivir per 7 giorni nei soggetti con sicura esposizione al virus.

Poiché il virus suino H1N1 è differente da quello umano antigenicamente i vaccini attualmente in uso per il virus influenzale umano non hanno alcun effetto preventivo (ditelo ai soloni dei media!).



L'asma bronchiale segno

premonitore di una paralisi flaccida

Casi da ricordare...

di Raffaele Falsaperla

Per paralisi flaccida si intende una marcata riduzione del tono muscolare associata a severa debolezza muscolare con impossibilità a deambulare. La sindrome di Hopkins è una rara patologia ad etiologia ignota con esordio acuto che per la maggior parte dei casi colpisce il midollo spinale dopo un attacco di asma bronchiale.

Descriviamo il caso di una paziente (L.G.) venuta alla nostra osservazione all'età di 13 anni per un attacco di asma bronchiale. L'anamnesi personale evidenziava che da due anni la ragazzina soffriva di episodi di asma bronchiale che necessitavano il ricovero e il trattamento con farmaci convenzionali (broncodilatatori, cortisonici) per via inalatoria con una frequenza di uno/due episodi anno. I test cutanei sono sempre stati negativi per gli agenti inalanti più comuni.

Durante il ricovero è stato necessario l'uso di adrenalina per via aerosolica e O2 terapia per il controllo della dispnea espiratoria che è migliorata nel corso di 24 ore. In quarta giornata la ragazza ha sviluppato una paralisi flaccida agli arti inferiori con ipereflessia patellare ed impossibilità a mantenere la stazione eretta, marcata ipoestesia agli arti inferiori (dal ginocchio fino alla pianta dei piedi). Non deficit dei nervi cranici. Gli indici di flogosi (globuli bianchi, VES e PCR) si sono sempre mantenuti nella norma. La puntura lombare eseguita in sesta giornata ha evidenziato un liquor di colore chiaro limpido che fuoriusciva con pressione regolare. Non vi erano cellule, nè proteinorachia o glicorachia. La PCR su liquor non evidenziava acidi nucleici, tramite PCR, dei poliovirus, herpes (HSV 1, 1Q e HSV 2, 2 Q), enterovirus RNA e Q. L'im-

munofluorescenza su siero per Cocksackie B1, B6, Echo 5-11, anti-borrelia sia IgG e IgM, TPHA e VDRL era negativa. Le IgE totali erano aumentate e con valori di 558 (valori normali entro 200 UI/ml). L'autoimmunità mostrava un normale pattern per ANA, ASMA, AMA, p-ANCA, C-ANCA, ENA e fosfolipidi.

La Risonanza magnetica con gadolinio ha evidenziato un aumento del segnale a livello del profilo posteriore del midollo spinale da D6 fino al cono midollare. Lo studio delle velocità di conduzione sensitiva e motoria agli arti inferiori era nella norma. Deficit di reclutamento senza segni di denervazione nei miotomi L3 L5. La ragazza è stata sottoposta a terapia endovenosa di Ig e cortisone, con risoluzione quasi completa della sintomatologia dopo 14 giorni con residuo della forza muscolare degli arti inferiori che ha richiesto trattamento riabilitativo.

Il nostro caso rappresenta un caso tipico di paralisi flaccida ad esordio adolescenziale. La classificazione di tali patologie prevede la suddivisione delle forme a carico del midollo spinale o del nervo spinale. Le paralisi flaccide midollari possono essere di origine traumatica, infettive (poliomielite da poliovirus) o ad etiologia ignota come nella mieliti di Hopkins. Invece tra le forme neuropatiche la più comune è la Sindrome di Guillain Barrè.

Le paralisi midollari sono causate da un danno del secondo motoneurone localizzato a livello delle corna anteriori del midollo spinale e può coinvolgere sia le radici anteriori (con debolezza conseguente) che le radici posteriori (con disturbi della sensibilità). Nel nostro caso è utile ricordare come l'amiotrofia post-asmatica o

Sindrome di Hopkins può esordire in modo acuto nella maggior parte dei pazienti durante la pubertà e determina un quadro clinico simil mielite trasversa. La debolezza agli arti, i disturbi sensitivi, le disfunzioni sfinteriche e vescicali, i dolori alla schiena si presentano con estrema variabilità clinica. Gli arti superiori sono coinvolti nella minoranza dei casi e ciò dipende dal livello del midollo spinale interessato. Nella maggior parte dei pazienti la sensibilità si riduce notevolmente al di sotto del metamero coinvolto.

Un dato di laboratorio costante nei pazienti con Sindrome di Hopkins è la presenza di IperIgE. Per il clinico che deve attuare un percorso diagnostico terapeutico corretto davanti ad un paziente con paralisi flaccida è fondamentale elicitarne i riflessi patellari. L'assenza dei riflessi osteotendinei ci farà orientare verso una forma neuropatica (come nella Guillain Barrè) mentre la presenza o l'iperreflessia ci indirizzerà verso una paralisi flaccida mielopatica.

In diagnosi differenziale rientra oltre la classica mielite quella atopica, il cui quadro clinico si sovrappone alla sindrome, anche se spesso vi è una dermatite atopica associata, e prevalgono nella maggior parte dei casi le manifestazioni dolorose su quelle motorie, e non è presente il legame temporale tra l'insorgenza dell'asma e le manifestazioni neurologiche.

L'etiologia della sindrome è sconosciuta anche se sono stati invocati differenti teorie immunitarie. La terapia è sintomatica mentre il decorso clinico è progressivo con il ripetersi degli episodi di paralisi che possono essere transitori o permanenti.

IL PEDIATRA DI FAMIGLIA, IL NEONATO PREMATURO ED IL FOLLOW UP: ASPETTI RESPIRATORI



di Francesco Privitera

Tutti i neonati che hanno sofferto di una patologia respiratoria e che sono stati sottoposti a ventilazione meccanica e/o ossigeno terapia, possono sviluppare un'insufficienza respiratoria cronica, la cui espressione più grave è la DISPLASIA BRONCOPOLMONARE (BPD).

Descritta per la prima volta dal radiologo statunitense William Northway (Stanford University) nel 1967, notando che i sintomi e gli aspetti radiografici erano diversi da quelli di neonati affetti da altre patologie polmonari, la BPD si sviluppa durante le prime 4 settimane di vita. Pur osservandosi nei prematuri e nei neonati di basso peso, essa può manifestarsi anche in neonati a termine che abbiano avuto problemi respiratori nei primi giorni di vita. Comunque il rischio di sviluppare una BPD è inversamente proporzionale al peso ed all'età gestazionale: infatti nei neonati con peso > 1500 grammi l'incidenza è del 5%, mentre sale all'85% nei neonati con peso alla nascita tra i 500 e 700 grammi. Quando fu descritta, si credeva che la BPD fosse dovuta ad un danno polmonare legato alla ventilazione meccanica ed alla supplementazione di O₂. Oggi invece, oltre all'ossigenoterapia ed alla ventilazione meccanica, si ritiene che sia il risultato di più fattori etiologici quali, le infezioni pre e post-natali, lo stato di imma-

turità del polmone alla nascita, l'eccessivo apporto di liquidi o la ritenzione idrica secondaria ad oliguria o/a cardiopatie a shunt sin-dx che possono provocare edema polmonare. Per fare **diagnosi** di BPD occorrono alcune condizioni: **1)** anamnesi positiva di danno polmonare nei primi giorni di vita; **2)** necessità di O₂ oltre le 4 settimane di vita oppure oltre la 36^a settimana di età post-concezionale; **3)** persistenza dei segni clinici di distress respiratorio anche dopo le 4 settimane di vita; **4)** una radiografia del torace peculiare, caratterizzata da un ispessimento della trama interstiziale con alternanza di zone atelettasiche e di zone iperinsufflate o enfisematose.

La dimissione del neonato con BPD dalle UTIN è un processo complesso che richiede il coinvolgimento dei familiari, del pediatra di famiglia e, dove necessario, delle strutture sanitarie del territorio. Nel 1998 il *Committee on Fetus and Newborn dell'American Academy of Pediatrics* ha emanato delle **linee guida per la dimissione del neonato broncodisplastico**: questi criteri, sicuramente validi sul piano teorico, vanno però necessariamente modulati a seconda delle realtà socio-assistenziali locali. In linea di massima, la dimissione del neonato con BPD, può essere presa in considerazione al raggiungimento dei seguenti **requisiti clinici**: **a)** stabilità clinica con risoluzione delle patologie presentate in fase acuta; **b)** sufficiente accrescimento ponderale; **c)** buona capacità di termoregolazione; **d)** valida co-

ordinazione tra suzione, deglutizione e respirazione; **e)** saturazione periferica di O₂ (SpO₂) 92% in aria o con O₂ a flusso libero 0,5-1 L/min, da almeno due settimane con associata capacità del bambino di respirare senza supplementazione di O₂ per brevi periodi senza che si verifichi un rapido deterioramento; **f)** assenza di episodi di bradicardia e apnea significativi da almeno due settimane; **g)** stabilità del programma terapeutico da almeno una settimana e facile eseguibilità domiciliare; **h)** completamento del programma di sorveglianza del rischio (diagnostica per immagini, video EEG, controlli ORL ed oculistici ecc.).

Inoltre è opportuno tenere presente anche alcuni **criteri inerenti le condizioni familiari**: * relazione positiva tra genitori e bambino; * giudizio positivo sull'intero contesto familiare; * giudizio positivo sulla capacità dei genitori di prendersi cura del bambino; * addestramento specifico della madre, o di chi si prenderà cura del piccolo, sulle manovre necessarie per un'assistenza domiciliare; * coinvolgimento del pediatra di famiglia e dei servizi territoriali di assistenza.

Terapia: la terapia essenziale è la somministrazione di O₂, che è volta sia a prevenire gli episodi di ipossia, responsabili della comparsa di vasocostrizione e ipertensione polmonare con conseguente cuore-polmonare cronico, sia a ridurre il lavoro respiratorio ed a preservare la spesa energetica. Poiché è nota la tossicità dell'O₂, bisogna evitare l'iperossia, che

è uno dei fattori coinvolti nella patogenesi della retinopatia del prematuro (ROP) e del danno polmonare cronico.

Studi recenti (2000-2003) hanno dimostrato che il range di saturazione ottimale a circa un mese di vita è compreso tra 92% e 94%, anche se nei neonati con ipertensione polmonare documentata è possibile considerare un range di saturazione di O₂ periferica maggiore (95% - 98%). Per quanto riguarda le metodiche di somministrazione di O₂ a lungo termine, l'uso delle naso-cannule sembra essere la tecnica migliore perché più sicura, ben tollerata e più semplice da usare per i genitori.

Complicanze e loro prevenzione.

Il lattante con BPD è ad alto rischio di deterioramento cardiaco progressivo e di malattia tracheo-bronchiale che predispone al collasso alveolare ed espone il piccolo a forme gravi di infezioni respiratorie. Infatti si ha un'aumentata ri-

ospedalizzazione (40-60%) del neonato con BPD entro i primi due anni di vita rispetto ai bambini senza BPD, mentre è sovrapponibile nell'età scolare. La più frequente causa di ri-ospedalizzazione è dovuta alle infezioni respiratorie, tra le quali il virus respiratorio sinciziale (RSV) rappresenta il patogeno principale. Pertanto si comprende l'importanza della profilassi passiva con palivizumab in osservanza delle linee guida proposte nel 2004 dalla SIN (*tab.1*), anche se nell'applicazione di esse esiste una grossa limitazione nei costi.

Oltre alle infezioni ricorrenti sostenute da RSV, il lattante broncodisplastico va incontro ad una serie di problemi specifici: episodi di cianosi o simil-asmatici, di otite media e di infezioni respiratorie sostenute da altri patogeni, con conseguenti frequenti trattamenti antibiotici, steroidei inalatori e broncodilatatori. Lo scarso accrescimento di questi piccoli è dovuto all'ipossiemia.

Un'altra complicanza comune nei bambini BPD è l'ipertensione arteriosa, di cui si sconosce la patogenesi (anche se il trattamento prolungato steroideo pare non sia esente da colpe) e il cui trattamento si impone se persistente nel tempo (quindi è importante misurare la PA ad ogni controllo). Inoltre i neonati BPD sviluppano spesso un'ipertensione polmonare che rende necessario un controllo ecocardiografico ogni 2-3 mesi. Superata la fase critica, la malattia tende a migliorare dal 2° anno di vita.

A lungo termine questi bambini possono avere numerose limitazioni che includono anomalie della coordinazione, alterazioni del tono muscolare, impossibilità a sopportare sforzi fisici, problemi di vista e udito oltrechè di apprendimento. E' quindi importante, nella presa in carico di un bambino con BPD considerare anche trattamenti di natura preventiva nella sfera motoria e psico-affettiva.

tab.1

Profilassi passiva anti-RSV. Linee Guida della Società Italiana di Neonatologia (2004)

Categorie di bambini

- Bambini di 32 sett. ed età < 1 anno all'inizio della stagione epidemica;
- Bambini con BPD o malattia polmonare conica (che abbia richiesto O₂ e/o terapia medica nei 6 mesi precedenti) ed età < 2 anni all'inizio della stagione epidemica;
- Bambini affetti da cardiopatia congenita (emodinamicamente significativa a giudizio del medico o in trattamento farmacologico o associata a ipertensione polmonare di grado moderato o cianosi) ed età < 2 anni all'inizio della stagione epidemica;
- Bambini di 32-35 sett. di età gestazionale con età < 1 anno all'inizio della stagione epidemica, nel caso coesistano almeno due fattori di rischio* oltre alla prematurità.

Profilassi

- Altamente raccomandata
- Altamente raccomandata
- Altamente raccomandata
- Raccomandata

* Fattori di rischio identificati alla fine della co-presenza

- dimissione durante il periodo epidemico;
- basso peso alla nascita (< 2500 g. o < 10° centile);
- esposizione a fumo passivo;
- familiarità per atopia;
- esposizione ad elevato inquinamento atmosferico;
- nascita da gravidanza multipla (parto gemellare);
- presenza di fratelli più grandi in famiglia;
- esposizione a comunità scolastiche;
- patologie concomitanti gravi (fibrosi cistica, malformazioni della gabbia toracica, malattie neuromuscolari, immunodeficienze, malattie ematologiche, neoplasie);
- residenza in località remota con difficile accesso alle strutture sanitarie.

Il maltrattamento infantile, tema dominante di questo numero di Paidòs è un crimine odioso, una violenza inaudita che il mondo degli adulti procura ai bambini non solo maltrattati, ma anche trascurati dagli adulti, regalando loro una favola nata dalla sensibile fantasia di un amico, Sergio Mangiameli.

Il topo morto è stato salvato

di Sergio Mangiameli

Questa è una storia impossibile, capitata, anzi voluta da quattro bambini: Irene, Giovanni, Marisa e Anna.

La storia si svolge in una vigna di un posto imprecisato, più o meno a metà tra la neve e il mare.

E' un pomeriggio d'inverno, uno di quelli in cui l'aria punge e la luce accende i colori delle cose, e desta i sensi assopiti. Il vento sembra appeso sui rami di un grande pino, ormeggiato e forse dimenticato in questa vigna da un brigante di passaggio. Perché sotto ad alberi maestosi come questo si possono nascondere i tesori più impensabili, forse anche impossibili, di briganti che da qui sono passati e non sono più tornati. "Andiamo fuori", dice Irene ad alta voce.

"Sì, andiamo nella vigna!", dà forza Anna quasi strillando.

"Ok, facciamo il gioco della cucina..." si affretta Marisa a non rimanere indietro; si alza e corre a mettersi in quella maglione pesante.

Giovanni è già alla porta, zitto zitto ma intento a non rimanere ultimo.

Aprono il grande cancello ed entrano in uno spazio immenso, che diventa per loro un mondo dove tutto si rivela possibile. Irene è la più grande del gruppo ma non è riconosciuta, perché spesso e volentieri è isterica. Giovanni è l'unico maschio, ma è elusivo e il gruppo lo infastidisce: preferisce seguire piste alternative riflettendo sugli aspetti del mondo. E' secco come un uccello e a volte, quando sparisce, sembra proprio che abbia preso il volo per dare uno sguardo a quello spicchio di mondo che ancora non capisce.

Marisa e Anna possono essere scambiate per sorelle quasi gemelle, se non fosse che una è castana e l'altra bionda, una tira col naso e si odora le dita delle mani, l'altra tossisce e strilla volentieri se le cose non sono messe precisamente dove devono stare e le persone non fanno precisamente quello che dovrebbero fare. Tra di loro si prendono in giro. "Marisa-con-la-esse-tra-i-denti". "Anna-che-parla-cume-una-buambina-russa". Ma stanno sempre insieme, si vogliono un gran bene e sono d'accordo su due punti importantissimi: che non si maltrattano gli animali e che fa schifo baciare

in bocca i bambini maschi.

Dal loro caciare, il vento si desta e apre un occhio. "Oh cacchio, mi si sveglia per quattro bipedi mocciosi che cescipicano i litigano i frugolano tra di loro. Oh cacchio, si spera che incescipichino i cadino i pianghino tra di loro. Così la si scmetta di dar fastidio al sonno del vecchio Pino".

A questo punto, si sente un alto scrollare di rami e qualcosa, come un ciuffo di aghi, cade giù.

"Anna, perchè mi tiri gli aghi del pino sui capelli?!" si irrita Irene, e diventa dritta di tensione già prima di finire la frase.

"Ma non sono stata io, uffa!" si scoccia subito la russa.

"Sì va bene, e chi è stato allora? solo tu sei dietro di me", l'isterica puntualizza acuta e prosegue.

"Anna, andiamo là sotto, nel fosso della ruspa?", propone Marisa esse-che-scappa.

Russa dà un colpo di tosse, poi un altro, dice "vua bene", e parte a correre con un abbrivio incontenibile. Supera a tradimento Giovanni, l'uccello, che non sa, e tuttavia si mette a correre appresso a Russa. Attraversano di filata tutta la vigna e arrivano al bordo del fosso, così di seguito: Russa, Uccello, Esse-che-scappa e Isterica.

"Prima!" dice Russa.

"Non è vero! Siamo arrivati pari!" dice Uccello.

Russa tossisce e Uccello comincia una litania di protesta per l'ordine esatto di arrivo al bordo del fosso. I toni si alzano fino a quando qualcuno esclama: "ehi, guardate laggiù! Che cos'è?"

Silenzio, e tutti e otto gli occhi sono puntati in fondo al fosso a guardare qualcosa di piccolo, peloso e fermo con un che di spezzato.

"E' un gallo!"

"Un gallo?"

"Ehm... forse un pulcino sanguinato?"

"Io non vedo le ali"

"Neanche io"

"Andiamo a vedere"

"Già, andiamo a vedere"

"Sanguinato hai detto. Speriamo che non soffra, poverino"

Scendono dalla scarpata caracollando, scivolando e sporcandosi di terra.

"E' un topo morto", sentenza Russa.

"Morto?" chiede Esse-che-scappa al limite del pianto.

"Morto! Morto. Vedi la testa girata e il sangue? E' morto, completamente morto", aggiunge Uccello.

"Chissà chi l'ha ammazzato", considera Isterica.

"Uàà, UUàà!!". Lacrime, pianto, grida di disperazione di Esse-che-scappa che si commuove in macelleria, che non può passare accanto ad un girarosto senza provare un sussulto e bloccare le lacrime silenziose.

"Poverino, poverino, poverino!", Esse-che-

scappa si porta le mani sul viso. Piange e le mani sporche di terra sulle lacrime le sconvolgono la faccia. E' una maschera di fango nero, con gli occhi rossi, lucidi e strabuzzati. E continua a urlare. "Oh cacchio! Non mi si è possibile di continuare a bighellonare nei giardini di Morfeo", si scuote il vento. E guarda da dove vengono le grida.

"Uh poveretta: quescti che odo son strilli de scgomento, fiurli de paura, cischi fremitosi de una mocciosa. Uh, talè! Mi pare la piccola bipeda de prima, de la ciurma che mi rompea la coglia. Ma nau illa ì davvero scantoliata. Che forse chiange chell'è morto quarcuno?"

Pino si muove verso di loro per dare un'occhiata. Ai quattro bambini arriva adesso una folata, che a Esse-che-scappa asciuga di un tratto la maschera, così da renderla ancora più tremenda; a Russa alza la chioma e le fa strizzare gli occhi, che pare sul piede di guerra; e a Isterica sgombera la mente con un'idea che risolverà il problema, e la fa drizzare e procedere a salti e piccole urla.

Uccello, che ipotizza la morte avvenuta per opera di un gatto sazio, confabula serio tra sè e non guarda il trio da battaglia. Esce fuori dalla trincea e s'incammina oltre, forse a guardare in pace un pò di panorama. Del vento, non si cura.

Quando giunge Pino sul luogo del ritrovamento del cadavere, il quadro è questo appena detto. Fa: "Urco! Pirò! Chisti un so bambini, so pirciotti chi sanno chillo chi fanno. Uarda chi nervo, sento passione a la vita, sangue chi scorre, vòlia di pensare".

In preda alla meraviglia di vedere ancora un gruppo di bambini organizzarsi il pomeriggio da soli, in uno spazio così vasto di terra e di piante, il vento commosso si mette a cantare:

Se tutti i bambini del mondo a un certo momento

andassero via

tutta una serie di stelle di polvere bianca caricata nel cielo

ma il cielo coperto di stelle, anche lui sarebbe via.

Se tutti gli adulti del mondo contro ogni previsione

abbassassero gli occhi e rimanessero via, senza una sola speranza, quel grandioso rumore

la terra, povero cuore fuggirebbe via.

Quando cantava, Pino riusciva a parlare correttamente, senza tutti gli influssi di tutte le lande che aveva attraversato e di cui si era innamorato. Certo, avendo sempre la testa tra le nuvole, non poteva avere la concentrazione giusta per trovare parole nuove. Così, modificava a suo gusto e sul momento certe composizioni e brani e passi che dalla terra lo raggiungevano commovendolo.

Tutti i venti cantano. Non tutti gli uomini però riescono a sentirli. I bambini nel vento, anche se

non sanno, s'arricchiscono di idee e intuizioni nuove. Che appunto, porta loro il vento.

"Ragazzi! Mi è venuta un'idea!", urlacchia Isterica saltando verso Russa ed Esse-che-scappa.

"Che cosa?"

"Quale idea?"

"Io costruisco una capanna, piccola. Raccoglio dei fiori e voi trasportate il corpo del topo morto nella capanna".

"Ma perchè, poverino?". Esse-che-scappa sta per riprendere a frignare.

"Per salvarlo" dice Isterica, e per questo momento non è più isterica.

Pino è fermo e osserva e alza le sopracciglia. Ha smesso di cantare, e la campagna rimane in silenzio, quasi in attesa di ascoltare per intero il progetto di Isterica.

"Per salvarlo dalla ruspa, che domani potrà spiaccarlo. Lo mettiamo al sicuro, così starà in pace e nessuno gli farà più del male. Che ne dite, eh?"

Esse-che-scappa guarda Russa, s'asciuga col polso l'impiastrum umido sulla gota destra e già comincia a cambiare espressione.

"Sì, bella idea!" rompe l'attesa Russa.

"Così non soffre più?" s'accerta Esse-che-scappa.

"Certo!" la conforta Isterica, che è già tornata isterica.

"Certo. Prendiamo delle curteccie" dice Russa.

E mentre il vento sorride guardando la scena, e Uccello cerca la connessione tra la terra e il cielo, avviene il funerale con degna ostensione della salma. Adesso il topo morto giace su un letto di piccole cortece leggere, in una nicchia di rametti e foglie secche, adornato di piccoli fiori di campo gialli e viola.

Esse-che-scappa, Russa e Isterica sono lì davanti, in piedi, a guardarlo. Sanno che non tornerà a correre nella vigna, ma sanno anche che adesso è salvo. Tutte e tre hanno in viso un'espressione di serena soddisfazione e adesso, che è appena arrivato Uccello, lo guardano in silenzio. Lui stranamente s'associa; vorrebbe dire qualcosa, chiedersi qualcosa, ipotizzare qualcosa ma alla fine pensa che sia meglio rimanere in silenzio. Rimanere. Non come i briganti, che prendono e poi lasciano e poi non tornano più e dimenticano.

Il vento adesso riprende a cantare da dietro le loro spalle. Sibila piano: "bai, pirciotti", manda un bacio e poi va via.

Ma se questo mondo è un mondo di persone per essere felici, basterebbe un niente magari una canzone, o forse più se non sarebbe il caso di provare ad aprire gli occhi

e poi quando hai aperto gli occhi, ti riconosci tu.



Affrontare un tema drammatico come la violenza sui minori è difficile per chi come noi ha scelto la cura del bambino come professione. L'intervista a Pietro Ferrara, ricercatore presso l'Università Cattolica del S. Cuore di Roma e neo responsabile del Gruppo di Studio per il maltrattamento infantile della Società Italiana di Pediatria è un'opportunità imperdibile per meglio gestire un'emergenza non solo medica ma anche sociale.

D: A. Gulino: Alla fine degli anni '70 un pediatra, Solomon, scriveva: "[...] in sette anni di attività in Pediatria generale non ho mai visto un caso di maltrattamento infantile: semplicemente non lo cercavo". Oggi è cambiato questo atteggiamento fra noi pediatri?

R: P. Ferrara: L'incapacità di "vedere" il maltrattamento è purtroppo una triste realtà.

L'abuso rimane un fenomeno grandemente sommerso per le difficoltà da parte del minore di chiedere un intervento e l'aiuto necessari e dalla troppo frequente incapacità delle figure istituzionali di riferimento di cogliere i segnali trasmessi dalle vittime.

G.: Come riconoscere un bambino maltrattato?

F.: Nel caso di maltrattamento fisico le più tipiche lesioni sono rappresentate dalle contusioni, le ecchimosi, le cicatrici.

E' generalmente difficile che segni di lesioni di questo tipo, specie se multiple e parallele, possano essere dovute ad un "impatto accidentale" con l'oggetto responsabile. Segni ben delineati, chiari e specifici sulla cute, spesso non sono altro che "l'impronta", la "firma", dell'oggetto utilizzato per infliggere la lesione. Tra queste lesioni si osservano frequentemente impronte di corda, cinghie, fruste, fibbie, ma anche mani e dita!

La sede della lesione riveste un ruolo importante: un bambino sano, senza problemi particolari, con un'attività fisica normale può presentare lesioni ecchimotiche accidentali a livello degli arti inferiori, ma raramente tali lesioni si osservano a livello del dorso, delle natiche, degli arti superiori, sedi queste dove è più probabile che siano "provocate".

Un altro tra i segni più comuni di lesione da maltrattamento è rappresentato dalle ustioni. I modelli più tipici sono le ustioni *simmetriche* di entrambe le mani o entrambi i piedi, del *perineo*, provocate dall'immersione forzata del bambino in acqua bollente. E' possibile che talvolta l'ustione presenti l'impronta dello strumento utilizzato per procurarla:

nessun bambino con una sensibilità normale, rimarrebbe a contatto per un tempo talmente lungo da procurare ustioni gravi con un ferro da stiro, con una griglia, con delle sigarette. Quest'ultima lesione da bruciatura è purtroppo relativamente frequente, si tratta di una ustione a tutto spessore, con margini netti, di diametro di 5-7 millimetri, che presenta, nella fase acuta, un'escara centrale nera, mentre, nella fase di guarigione, una profonda cicatrice a stampo.

In alcuni casi la lesione da sigaretta può infettarsi ed in questa circostanza è difficile porre diagnosi differenziale con una impetigine.

Più gravi e, spesso, più subdole perchè non immediatamente evidenti, sono poi le *lesioni scheletriche*.

Diversi studi epidemiologici hanno dimostrato che oltre il 50% delle fratture riscontrate nei bambini più piccoli è di origine non accidentale. Le sedi più tipiche di lesione violenta sono le *clavicole*, lo *sterno*, le *scapole*, le *costole*. Nel primo anno di vita le fratture costali sono tra le più specifiche di maltrattamento.

Sono in genere lesioni bilaterali, multiple, localizzate prevalentemente nell'arcata costale posteriore, in prossimità delle articolazioni costo-vertebrali.

A determinare questo tipo di frattura è la compressione antero-posteriore indotta ponendo il pollice anteriormente alla cassa toracica, in contrapposizione alle altre dita sul dorso, ed il palmo della mano sulla parete laterale del torace, con movimenti di scuotimento violento in senso antero-posteriore.

Il fatto di trovarsi di fronte a lesioni "multiple" è un altro segno di allarme, specie quando si riscontrano anche diversi stadi di risposta comparativa, cioè si è in presenza di fratture più o meno recenti e calli ossei, segni di lesioni pregresse.

A livello cranico, le lesioni più frequentemente riscontrate nel bambino che ha subito maltrattamento sono le *fratture craniche* e le *emorragie intracraniche*.

I neonati sono chiaramente più vulnerabili a lesioni causate da forze di accelerazione e decelerazione lineari che possono determinare la rottura di fragili vasi che si dispongono a ponte tra la dura madre e il parenchima cerebrale:

queste lesioni sono inquadrabili nella *shaken baby syndrome*, la sindrome del bambino scosso.

Bisogna pensare ad un maltrattamento anche in presenza di *lesioni intra-addominali* in assenza di riferiti traumi o in circostanze non chiarite dai genitori.

G.: Chi è più frequentemente il responsabile del maltrattamento?

F.: Nella maggior parte dei casi è perpetrato da uno dei due genitori, quindi da un parente al quale è stato affidato il bambino e nella minoranza dei casi da amici di famiglia, dalla baby-sitter o da un fratello.

L'ambiente in cui matura il maltrattamento è in genere carico di problemi culturali e sociali, ed il motivo dell'innescio della violenza è quasi sempre futile, banale, come ad esempio il bambino che piange insistentemente, il bambino che si bagna o che si sporca, rovescia qualcosa o disobbedisce. Solo in una piccola percentuale dei casi i genitori che maltrattano i figli hanno personalità psicotiche o criminali. Nella maggior parte dei casi, infatti, le violenze fisiche si consumano nell'ambito di famiglie "normali".

G.: Ma esistono anche altre forme di maltrattamento?

F.: Certamente! Negli anni successivi alle prime segnalazioni di *battered child*, si comincia a prendere coscienza del problema ed il concetto di maltrattamento si estende anche alle situazioni generanti "sofferenze psichiche" o ad atteggiamenti comportamentali in grado di offendere in qualche modo la dignità dell'essere umano.

Nel 1978 si comincia a parlare di *child abuse and neglect*, includendo in questa nuova e più estesa definizione, proprio quei casi di violenza non solo fisica ma comprendenti l'incuria, la dis-cura, la iper-cura, la trascuratezza, la carenza affettiva. Si entra nel grande capitolo delle "patologie delle cure". Queste forme di abuso sono commesse da quei genitori che non danno ai propri figli un ambiente affettuoso in cui crescere, imparare e svilupparsi, l'ambiente che tutti i bambini dovrebbero avere per diritto. La patologia delle cure nei bambini costituisce un importante problema di sanità pubblica, infatti mentre le violenze ai bambini che si realizzano attraverso il fenomeno del *child abuse* sono già sufficiente-

mente note agli operatori della salute così come all'opinione pubblica, il fenomeno della patologia delle cure non fruisce nè della stessa notorietà nè di alcuna forma di protezione legislativa dedicata.

Il termine inglese *child neglect* si può tradurre in italiano come "*trascuratezza nei confronti dei bambini*", e si verifica quando i genitori non sono in grado di soddisfare i bisogni fisici e psicologici dei loro figli.

G.: La cronaca ci ha però fatto conoscere anche un'altra forma di maltrattamento ancora più odioso, l'abuso sessuale, come identificarlo?

F.: La violenza sessuale può comprendere dalla "semplice" molestia fino allo stupro e all'incesto. Nella maggior parte dei casi i colpevoli sono persone conosciute dal bambino, generalmente familiari.

E' facile intuire come sia ardua l'identificazione clinica di questo tipo di violenza per ovvie difficoltà obiettive e per la frequente mancanza di collaborazione da parte degli altri familiari, di chi sospetta l'abuso e da parte del bambino stesso. In genere la maggioranza dei bambini molestati tende a non rivelare il "proprio segreto" perchè prova vergogna, paura, sensi di colpa. Possono indurre il sospetto le simulazioni di atti sessuali con le bambole, la rappresentazione dei genitali nei disegni, i flirt precoci, i discorsi generici sulle malattie sessuali, traumi genitali e anali, malattie a trasmissione sessuale, condilomi genitali, gravidanze precoci.

Quando sospettiamo un abuso è importante l'*esame dei genitali*.

La visita medica deve essere preceduta da una attenta raccolta dei dati anamnestici, impresa questa non facile che non può prescindere dalle diverse responsabilità emotive dei bambini, dallo stato psichico e dal livello culturale.

Per tali motivi, l'accertamento tecnico su una presunta vittima di violenza sessuale dovrebbe essere svolta non da un solo specialista, ma da una *equipe* che preveda il pediatra, il medico legale, il ginecologo, lo psicologo e altre competenze ritenute opportune.

L'esame locale, dei genitali esterni, dell'imene e della regione anale della presunta vittima, segue all'esame obiettivo generale e, vanno ricercate le più comuni alterazioni anatomico-funzionali che sono:

- 1) Lacerazioni imenali;
- 2) Cicatrici imenali;
- 3) Allargamento dell'orifizio vaginale;
- 4) Presenza di gravi lesioni ai genitali e al perineo.

L'ispezione della vulva e del vestibolo può essere eseguita con la semplice separazione labiale mediante una lieve pressione laterale verso il basso, applicata su ciascun lato del perineo. Tecnica molto utile è anche la trazione labiale sulle grandi labbra che, prese tra l'indice e il medio, vanno sollevate verso l'esaminatore.

Tutte queste manovre vanno eseguite sempre in presenza e con l'ausilio di un altro medico o di una infermiera, anche in qualità di testimoni. Il tutto va documentato fotograficamente.



Cinema e pediatria

di Antonino Gulino

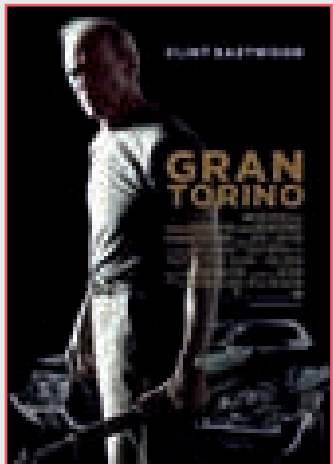
Clint Eastwood ha 78 anni, ma non li dimostra, continua regalarci immagini ed emozioni anche in questa sua ultima opera, *Gran Torino*.

Un film bellissimo che ci racconta la storia di Kowalski: un vecchio scostante, arrogante, soprattutto solo.

Ma non è la vecchiaia, la malattia, la paura della morte che segnano la sua esistenza piuttosto è l'amara consapevolezza che i suoi valori, il suo mondo, simboleggiati dalla fiammante *Ford Gran Torino* che gelosamente conserva nel garage, sono scomparsi in un mare di indifferenza e superficialità.

Il suo stato d'animo cambia quando incontra un sedicenne asiatico, perseguitato da una banda di giovani teppisti guidata da un cugino, e la sorella adolescente anche lei vittima della stessa banda. L'amicizia con i due ragazzi asiatici diventa per il vecchio una ragione per vivere, ma anche per morire.

Kowalski aiuta il ragazzino a crescere, a diventare uomo, ma scopre che si possono avere molte più cose in comune con il ragazzo straniero della porta accanto che con i propri figli. Un storia di formazione ma anche una lucida denuncia verso una società arroccata su falsi valori incapace di cogliere le opportunità che i tanti disperati che cercano di raggiungere le nostre terre possono offrirci.



Grazie amico Orso
di Greg Foley
Ed. Il castoro,
€ 12,50

di Giusi Germania

Quante volte l'istintiva straordinaria semplicità dei bambini e la loro poetica tenerezza vengono disattese dalle complesse sovrastrutture degli altri, incapaci di cogliere la sensazione di felicità delle piccole cose o di sorridere anche di apparenti banalità, o di capire a fondo i valori dell'amicizia.

E' proprio questo il tema di questo albo illustrato "Grazie amico Orso" di Greg Foley (Il castoro, € 12,50), veramente adatto a lettori molto piccoli: testo ridottissimo e dai grandi caratteri, illustrazioni semplicissime che focalizzano l'attenzione di chi legge sugli oggetti e i personaggi amplificandone le sensazioni, colori appena accennati, grande spazio alla fantasia del piccolo osservatore.

Un cucciolo di orso trova una scatola e pensa che possa essere un

ottimo regalo per il suo amico topolino ma allo stesso modo non la pensano gli altri animali, troppo impegnati a giudicare e argomentare deludendo così l'entusiasmo dell'orsetto e disapprovandone l'idea. Per fortuna il destinatario del regalo dimostra invece la sua felicità e conferma la saggia intuizione del suo amico orso. Chi è in grado in fondo di stabilire cosa possa essere realmente straordinario? Un libro tenerissimo, per capire il valore dell'amicizia e delle proprie idee, delle opinioni degli altri e delle proprie certezze.

Un albo da fare leggere a tutti i cuccioli: che possano avere intorno persone in grado di dare al loro essere piccoli il giusto grado di importanza ed il conseguente spazio per manifestare liberamente la propria espressività.

recensioni

DI GIAMOCELO...

La FAD (formazione a distanza) è una metodica di apprendimento, già da tempo accreditata che, in quest'epoca dominata da internet e avvilita dalla frenetica rincorsa del tempo, si è fatta largo spazio. Esistono corsi FAD gratuiti, taluni proposti anche dall'Istituto Superiore di Sanità, e molti altri a pagamento. La sospensione del programma di formazione a distanza ECCE, efficiente e gratuito, unitamente alla moltiplicazione e diversificazione dell'offerta di vari provider disponibili alla formazione a pagamento lascia prevedere con facilità che la FAD possa candidarsi a diventare un altro "business" parasanitario.

Speriamo che non si avveri.

Certo ha i suoi vantaggi non spostarsi da casa e dedicarsi all'aggiornamento accomodati nella poltrona preferita davanti al PC, negli spazi di tempo che si ritengono più appropriati ma, digiamocelo, ci sono anche gli svantaggi e si perde ciò che il miglior provider non potrà mai garantirti: il confronto "vis a vis" con i colleghi, la possibilità di interagire con i docenti sollevando dubbi ed obiezioni avvalendosi anche della comunicazione "non verbale" che, lo sappiamo bene, è talora più efficace della comunicazione orale. Siamo particolarmente noi, pediatri di famiglia, che lavoriamo nella solitudine dei nostri ambulatori, quelli che più traggono beneficio dalle Formazioni In Vicinanza (*Esisterà davvero l'acronimo FIV?*). Lo sperimentiamo tutti i mesi, negli appuntamenti che Paidòs organizza ad Acireale, quanto sia utile a tutti noi trascorrere un sabato mattina insieme: oltre all'arricchimento culturale, che è il fulcro dei nostri incontri, si parla anche di sindacato e novità aziendali ci si scambiano esperienze (di "vita ambulatoriale") ed aiuto reciproco per i casi clinici più complicati.

Non deve essere facile organizzare un evento formativo che duri più giorni e che sappia coniugare elevato interesse scientifico e spazi di convivialità. Devo confessare di avere partecipato, talora, ad alcuni congressi in cui la parte scientifica era di modestissimo interesse,

quasi una "cornice" alla parte ludica del convegno e viceversa, di avere partecipato ad interessanti incontri scientifici in cui l'unico spazio di relax era la pausa lunch (30 min. max), previa distribuzione di un "lauto" cestino (panino, crostatina e bottiglietta d'acqua), seduti a terra in ordine sparso. Più imbarazzanti i primi, specie quando provi ad entrare nell'aula congressi (pressochè deserta), ma discretamente imbarazzanti anche i secondi (non ho fatto il militare, ma credo che manchi solo la "gavetta" per non sentirsi delle reclute).

Ho pensato dunque, per molto tempo, che

Non solo FAD ma anche FIV (formazione in vicinanza)



di Maria Libranti

non ci fosse altra possibilità: congressi "scientifici" oppure congressi "turistici".

E invece, no! Ho la prova: esiste la possibilità di unire dignitosamente cultura e convivialità.

E' con grande soddisfazione che ho partecipato ad alcuni incontri di aggiornamento (tra colleghi) e di divertimento (tra i pediatri e le loro famiglie) che difficilmente dimenticherò. Le lezioni, sempre interattive, si svolgono per un gruppo contenuto di discenti ed i relatori, di altissimo livello, sono pronti a mettere il loro sapere a disposizione di tutti, confrontandosi in un clima di convivialità e di rispetto reciproci. Si porta a casa (take home) sempre qualcosa: basta un solo messaggio andato a segno (di quelli che determinano veramente un cambiamento nel tuo agire quotidiano) che senti davvero quanto ne sia valsa la pena esserci.

E se la sera riesci anche a divertirti perché ti trovi in un bel posto, circondato da persone a te care, non mi pare che ci sia proprio nulla da dire, anzi no, c'è da dir bravi a chi riesce ad organizzare così bene l'aggiornamento professionale: "bravi!".

L'ALLER GONAUTA Sentimenti e... Barbablù

ospito volentieri nella mia rubrica questo scritto, di una persona che non vuole far sapere chi sia, perchè il suo pensiero ha tanti autori, tante identità e che pertanto è inutile conoscere il suo vero volto.

Sono felice di dare il mio contributo al tema del maltrattamento a cui si è ispirato questo numero di Paidòs, d'altronde chi non è allergico ai Barbablù...!

di Filippo Di Forti

I sentimenti, come le emozioni, non si possono descrivere, sono un mare, sono un cielo, sono parole mai dette e a volte troppo sentite, i sentimenti sono una carica emozionale che non tutte le persone portano con se. Spesso, capita di incontrare persone disposte a non essere sentimentali, per ragioni che prescindono persino dalla conoscenza umana, sovente, capita anche di incontrare persone, che non appartengono di diritto al campo dei sentimenti e non perchè non vogliono provarli per timori ed incomprensioni avute nella loro vita, ma proprio perchè i sentimenti non appartengono al loro D.N.A..

Qualcuno potrebbe anche pensare che sono pazzo a dire queste cose, i sentimenti sono di tutti direbbero, ma non è così nella realtà, i sentimenti non sono di tutti, i sentimenti appartengono solo a chi li possiede dalla nascita, così come le emozioni e qualunque altra cosa che appartiene al cuore, che unito alla mente, fa di una persona ciò che è...

A tal proposito mi viene in mente la favola di Barbablù, non so se tutti la conoscono, io l'ho letta, più di una volta e leggendola mi sono resa conto, che da bambina mi hanno raccontato un mucchio di favole, che non erano veritiere, ma che portavano l'individuo a credere in cose che mai si sarebbero avverate, allora ecco che crescendo, ti chiedi come mai non succede ciò che ti hanno raccontato??

Forse sono sfortunata, forse non ci so fare con la gente, o forse non ho incontrato la persona giusta e i sensi di colpa aumentano a vista d'occhio, la colpa è tua, sei tu che non hai saputo trasformare la bestia in umano, sei tu che non hai usato le carte giuste per farlo e va da se che cerchi allora di aggiustare il tiro, va da se che fai sforzi tremendi per cambiare la bestia in uomo o in donna perchè no...

Le favole insegnano, questo mi è stato sempre detto, le favole sono lo specchio della realtà, con i loro bei dialoghi, con la loro splendida morale.

Ma le favole, le vere favole, non hanno nessuna morale, non la debbono avere, altrimenti si perde il senso della favola, si perde il gusto di leggerla, ma quando ero bambina nessuno mi diceva queste cose, anzi mi sussurravano l'eterno contrario e da bambina che sei, cresci con questo insegnamento nella testa e che fai allora???? Non attraversi il

bosco per paura del lupo cattivo, non accetti di parlare con nessuno a meno che non lo conosca da quando sei nata.

Praticamente ti fidi anzi di devi fidare solo della tua famiglia, gli altri????? Sono tutte bestie, ma bestie che possono tramutarsi in uomini e lo fanno attraverso il tuo amore.

Dannati insegnamenti dico io, dannato mondo, che ci vuole fare credere in cose inesistenti, poi parlano di depressione, poi parlano di malattie che ti entrano nel sangue a porte aperte, ma come si fa a chiuderle quelle porte???? O a non aprirle mai????

Un sistema c'è...è il sistema della favola, quella che vedi tutti i giorni, quella che non ti insegna nulla, ma ti fa comprendere che l'animo umano non è come ci è stato descritto sin d'ora, ma è variegato, non sempre bello, a volte anche orribile e non si trasformerà mai in qualcosa di piacevole o di amarevole, ma resterà orribile, per quanti sforzi tu faccia per vedere l'amore in quel volto.

A volte invece puoi incontrare e vedere, che un animo è bello, ma fermo nel suo essere, perchè qualcuno lo ha ferito e fatto fermare il suo tempo di persona, allora si che lì, vale la pena di metterci un sorriso, del tempo per impreziosare quell'animo e tirarlo fuori dalla botola in cui è stato immerso, ma attenzione, ci deve essere volontà in quell'animo di uscire dalla botola, perchè anche questo accade, che magari quel cuore o quell'animo, si sia abituato a stare lì dentro, che non voglia saperne di uscire e allora il nostro intento, la nostra voglia di aiutare, andrebbero solo perduti in un tempo, che mai più riacquisteremo...

Ma perchè tutto questo preambolo???? Semplice, perchè volevo parlare di ciò che accade di vero nel mondo di oggi di ieri e di domani, se le persone non smettono di credere in morali che non esistono, se le persone non smettono di credere che Barbablù sia qualcosa di cui aver paura, da tenere alla larga e da non affrontare mai.

I Barbablù esistono, certo tenerli alla larga sarebbe meglio, ma capita anche di incocciarci la testa ed il cuore, però capita di non sapere come uscire da quelle situazioni, perchè la paura si inietta nelle nostre vene e ci ferma, facendo sentire il Barbablù della situazione potente più che mai.

Ma su diciamocelo, quante donne vengono picchiate dai loro cari e non dicono nulla per paura?

Tante, troppe, perchè anche se fosse una sola sarebbe troppo.

Quanti bambini vengono seviziati, violentati in famiglia e chi sa tace, per lo stesso motivo di cui sopra??? Tanti, troppi, anche fosse uno solo sarebbe troppo.

Quanti cani, gatti, animali, in genere vengono maltrattati, picchiati, abbandonati e chi sa, sta zitto, ma non è vero che sta zitto, per l'animale è diverso, ci si fa grandi e belli a denunciare un simile misfatto, va di moda, accidenti se va di moda, ma amare davvero un animale è diverso, molto diverso, dalla moda che vuole come vada il mondo.

Capita, certo, che anche di fronte ad un animale, si taccia perchè non ci si vuole mischiare, ma quando mai cambierà questa paura se non rischiamo mai? Se non alziamo la voce contro questi

malfattori della società???

Mai, non cambierà mai, se noi stessi non faremo qualcosa affinché cambi.

Ussignur, adesso basta, però ho già parlato troppo, in fondo le persone lo sanno cosa c'è da fare, certo, capita che ci sia la solitudine, la paura di essere soli contro draghi enormi, ma io ci sono per esempio e tendo una mano a chi vorrà davvero stringerla e con me, sono convinta che ci siano altre persone disposte a tenderle quelle mani, è l'insieme che fa la forza di distruggere chi vuole e chi fa del male agli altri, ma dobbiamo anche combattere insieme, da soli, a voce sola, anche se non trovi chi ti ascolta, perchè il mondo è pieno di Barbablù, anche tra chi deve proteggerti, dappertutto insomma, ma se vedono uno squadrone alla loro porta indietreggeranno, ve lo posso assicurare, perchè sono dei vigliacchi.

A me piace, che la gente ascolti, che abbia voglia di alzare la testa contro soprusi, che calcano la mano sui sentimenti e sulle emozioni delle persone...VERE.

La paralisi del facciale

di Antonio Fichera

La paralisi acuta del facciale è una patologia caratterizzata, generalmente, da paresi delle palpebre, alterazione dell'espressione facciale, anomalie del corrugamento della fronte e dei movimenti angolo-buccali; può, inoltre, essere presente diminuzione delle secrezioni lacrimale e salivare con riduzione della sensibilità gustativa. La paralisi sia della parte superiore che inferiore della faccia (periferica) è secondaria a lesioni del neurone motorio inferiore del settimo nervo cranico, mentre la paralisi a carico esclusivamente della porzione inferiore della faccia (centrale) è secondaria ad una lesione del neurone motorio superiore controlaterale. L'algoritmo chiarisce quanto importante sia questa distinzione ai fini diagnostici e prognostici: la **paralisi centrale** può, infatti, essere secondaria a tumori (primitivi o metastatici) o ad incidenti vascolari cerebrali, mentre la **paralisi periferica**, percentualmente molto più frequente, è sostenuta da patologie che presentano in genere una prognosi migliore. Quindi una paralisi clinicamente più estesa, in quanto comprendente tutta la faccia, costituisce, paradossalmente, un quadro clinico migliore. Tra le paralisi periferiche, l'etiologia più comune è rappresentata dalla paralisi di Bell, che viene ritenuta oggi il risultato di una polinevrite cranica acuta virale.

Nella raccolta anamnestica occorre puntualizzare l'eventuale presenza di cefalea, febbre, eruzioni cutanee, esposizione a zecche. La paralisi di Bell è presente in genere in un solo lato della faccia ed è evoluta in poche ore.

L'esame obiettivo è fondamentale per distinguere le paralisi periferiche da quelle centrali: se dopo una valutazione clinica accurata non si riscontrano altri segni di interessamento neurologico o otorinolaringoiatico la diagnosi più probabile è quella di paralisi di Bell.

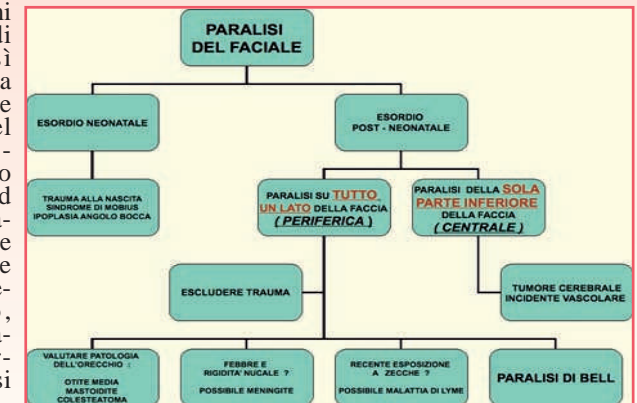
Di modesto ausilio sono gli esami ematochimici di routine, e così anche la TAC, la RMN, l'esame radiografico del cranio per evidenziare il meato uditivo interno ed i tests elettrodiagnostici, che possono essere eseguiti in un secondo tempo, qualora necessario, per confermare la diagnosi

o fornire indicazioni prognostiche.

La maggior parte dei bambini con paralisi di Bell può essere trattata ambulatorialmente dal pediatra di famiglia. Viene raccomandato da molti autori un ciclo di **terapia orale con prednisone (60 mg/m²/die)** in dosi refratte per 7 giorni, diminuendo il dosaggio nei 3 giorni successivi. Gli effetti di questo schema terapeutico non sono facilmente documentabili, in quanto la storia naturale della paralisi di Bell prevede un miglioramento spontaneo nella maggior parte dei casi. Occorre sottolineare, inoltre, che il trattamento steroideo iniziato 4-5 giorni dopo l'esordio della malattia è probabilmente inefficace.

Alcune recenti segnalazioni hanno posto in risalto che l'associazione della terapia steroidea con farmaci antivirali (aciclovir, valaciclovir) avrebbe talora consentito risultati terapeutici migliori, al punto da farne suggerire l'impiego da parte di alcuni studiosi. Purtroppo i risultati riportati in letteratura su tale associazione farmacologica non sono univoci e concordi, in quanto altri Autori non hanno riscontrato differenze statisticamente significative tra i gruppi di pazienti trattati soltanto con steroidi rispetto a quelli trattati con steroidi e farmaci antivirali. I pazienti che non sono in grado di chiudere gli occhi possono trarre beneficio dall'applicazione di lacrime artificiali (tre volte al giorno ed alla sera).

Tutti i pazienti con paralisi di Bell devono essere rivalutati entro 5 giorni dalla diagnosi: se esistono segni di movimenti facciali, vi sono molte possibilità di guarigione completa entro le 2-3 settimane seguenti; i pazienti senza segni di movimenti facciali hanno maggiori probabilità di paresi residua e, pertanto, devono essere valutati dal punto di vista neurologico ed elettrofisiologico per una migliore definizione prognostica.



Il Professionista Riflessivo e la terapia Omeopatica

di Tommaso Lovecchio

L'isola greca di Kos conserva le emozionanti rovine di Asclepion "luogo del valore eterno della medicina antropocentrica ed umanizzata". La mitologia greca riferisce che Asclepio divenuto adulto sceglierà di alleviare la sofferenza umana con la medicina e la leggenda narra che egli avrebbe guarito le Pretidi dalla pazzia, i Fineidi dalla cecità ed Eracle dalle ferite. Asclepio ebbe da Lampezia quattro figlie: Panacèa che guariva tutti i mali, Iaso che provocava le malattie, Igèa personificazione della salute ed Egle. Crescendo la sua notorietà, cresce pure la sua ambizione e così vuole sconfiggere la morte e inizia a resuscitare i morti: Orione, Ippolito, Capaneo e tanti altri. Con questo egli però supera i limiti imposti da Zeus, il quale irato lo fulmina. Con Ippocrate, appartenente alla scuola degli asclepiadi, si raggiungeranno i massimi fulgori della medicina classica, e benché lungi dal raggiungimento dei risultati del suo predecessore, porrà le basi e i principi della medicina moderna ai quali tutti ci rifacciamo con il solenne giuramento. Per tutti noi quindi l'end point della medicina è la salute del paziente che si deve raggiungere non soltanto sopprimendo i sintomi della malattia ma comprendendo la sofferenza profonda del malato. Hahnemann volendo raggiungere tale obiettivo, elaborò con amorevole dedizione gli insegnamenti ipocratici sperimentando i concetti della similitudine e fondando l'Omeopatia. Mi piace leggere l'invenzione Hahnemanniana come un atto di amore verso l'uomo e attingendo ancora alla mitologia classica ritroviamo che il dio Amore nasce dalla concupiscenza di Poro, dio dell'abbondanza e della ricchezza, e Penia dea dei bisogni e delle necessità. Poro può essere interpretato come il desiderio di Hahnemann e di ognuno di noi, di non accontentarsi di ciò che si è sempre fatto, di trovare nuovi sistemi, nuove regole, nuove tecniche terapeutiche (l'omeopatia è una tecnica terapeutica) e soprattutto nuove possibilità di comprensione della malattia. Per Penia dobbiamo considerare tutto ciò che ci spinge a fare un passo più avanti rispetto alla nostra formazione universitaria poiché spesso soffriamo, noi pediatri ma anche tanti altri medici, di insufficiente soddisfazione professionale, ovvero di risultati clinici francamente modesti, di scarsa compliance da parte del paziente e di eccessive reazioni iatrogene. La mancanza di legittimazione da parte di alcune istituzioni e personalità accademiche, di testate scientifiche più o meno accreditate, che non perdono occasione per screditare e delegittimare o come viene citato nella brochure congressuale dileggiare l'omeopatia, completa la vasta area delle necessità e dei bisogni. Omeopatia quindi

è Amore.

La transizione demografica che significa denatalità, ha determinato nei genitori il desiderio-necessità di interventi sempre più precoci ed ultraspecialistici. In America sono state elencate oltre 150 specialità mediche, che testimoniano l'ultraparcellizzazione dell'intervento medico che finisce col trascurare la visione globale del malato. Se è vero che si è determinata una drastica diminuzione delle malattie infettive, è altresì evidente che contestualmente si è anche verificato un notevole aumento delle malattie croniche. Il tempo fra la comparsa del sintomo e la prestazione sanitaria va sempre di più riducendosi a scapito della qualità della prestazione stessa valutata positivamente solo se tempestiva. Tale brevità determina conseguenze dirompenti per la salute del bambino poiché spesso tale intervento è inadeguato e/o inappropriato.

Le infezioni respiratorie ricorrenti interessando trasversalmente tutta la popolazione rappresentano un eccellente banco di prova per l'intervento omeopatico. La spesa sanitaria cresce esponenzialmente e allarmanti sono i dati di accesso alle prestazioni di pronto soccorso aumentate del 400% negli ultimi 10 anni, aumentano le ore di assenza dal lavoro dei genitori, il 55% delle visite del pediatra di libera scelta riguardano infezioni delle alte vie respiratorie, la cui eziologia è perlopiù virale e raramente batterica. Nequist ha pubblicato su JAMA un articolo in cui rileva che il 44% di bimbi con banali sintomi da raffreddamento ricevono una terapia antibiotica, ne consegue che l'antibiotico è una prescrizione non mirata ma di routine. E' solo medicina difensiva? Ne derivano da un lato l'aumento delle resistenze batteriche e dall'altro l'impossibilità della chimica farmaceutica, con le attuali conoscenze, di costruire nuove molecole antibiotiche almeno per i prossimi 5 anni a cui va aggiunto il tempo per la sperimentazione. Quindi difficilmente avremo a disposizione nuovi antibiotici nei prossimi anni. E' intuitivo che abbiamo il compito di modificare il nostro atteggiamento. Vorrei dare un sottotitolo al mio intervento: "il professionista riflessivo", ovvero **reflection in action**, riflessione nel corso dell'azione. Il **knowledge** inteso come il bagaglio culturale che abbiamo acquisito durante gli studi universitari e nel corso degli studi successivi e che non può essere la conoscenza fine a sé stessa. Dobbiamo modificare, applicare e modulare quella conoscenza nella applicazione pratica quotidiana che fa evolvere il **knowledge** in **knowing**, che è l'atto del conoscere, cioè l'attività cognitiva. Significa capire e individualizzare prima di prescrivere qualunque terapia.

In sintesi: l'università è la conoscenza sistematica mentre la pratica competente ne è l'applicazione. Quando proponiamo un farmaco omeopatico lo facciamo perché siamo competenti e ciò non può prescindere da conoscenze tecniche e dottrinali che sono alla base di ogni terapia.

La pratica riflessiva deve essere quindi il luogo privilegiato dell'esperienza come atto che termina nella verifica. Questo avviene in tutti i campi delle attività umane: medicina, architettura, ingegneria, giurisprudenza.

Devo ancora sottolineare, in conclusione, che la migliore prevenzione delle IRR in pediatria è sicuramente l'allattamento materno e se avremo il coraggio di mettere in pratica gli insegnamenti di Hahnemann svestendoci delle arcaiche terminologie, aggiungeremo frecce nella faretra delle nostre possibilità terapeutiche per divenire sempre più attuali, entrare nelle nostre strutture sanitarie ed essere di stimolo per i colleghi più giovani interessati a questa disciplina.

Per noi pediatri, aperti alle rivisitazioni e alle innovazioni, sarebbe particolarmente grave se non ci facessimo trovare pronti alle richieste ed esigenze dei genitori e dei nostri piccoli pazienti, anche affrontando le micidiali bordate ostative della cattiva e prevenuta informazione.

La paura di una ingiusta scomunica non deve mai impedire di compiere il proprio dovere.

Lo diceva Francois Marie Arouet detto Voltaire.

Cervello, l'invidia fa male quanto un dolore

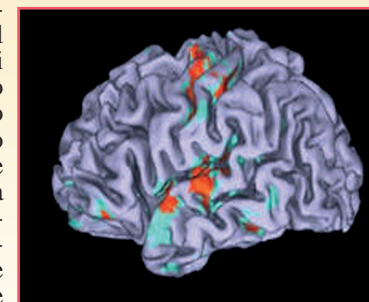
di Angelo Milazzo

Alcune emozioni come l'invidia, ma non solo, sono avvertite dal nostro cervello come "percezioni fisiche" di dolore o piacere. L'invidia per esempio, sentimento di cui si ha vergogna e che per questo non si manifesta all'esterno ma si cova in solitudine e chi lo nutre può venire divorato, è di fatto un vero supplizio: il nostro cervello avverte questa livorosa emozione allo stesso modo di come il nostro corpo sente un qualsiasi dolore fisico. Hidehiko Takahashi dell'Istituto Nazionale di Scienze Radiologiche di Chiba, in Giappone, lo ha dimostrato utilizzando la risonanza magnetica funzionale per immagini. Ma è vissuto come esperienza fisica anche un altro sentimento ancora peggiore dell'invidia: quello del provare piacere dal dolore altrui (non c'è una parola italiana per descrivere quest'emozione, per il quale si prende in prestito il termine tedesco "schadenfreude"). Vivere questo sentimento meschino attiva le aree neurali dell'appagamento, ossia dà una sferzata di piacere come quella che nasce dall'assaporare una barretta di cioccolato, oppure dal sesso o da una droga.

E il piacere del dolore altrui è ancora maggiore quando a soffrire è una persona che invidiamo. Resa nota sulla rivista Science, la duplice scoperta della "fisicità" di questi due sentimenti è importante perché mostra come il nostro cervello elabori le emozioni come se fossero sensazioni fisiche (di dolore o piacere): in pratica è come dire che le esperienze sociali e le esperienze fisiche sono elaborate dal cervello allo stesso modo. Gli esperti hanno coinvolto nel loro studio 19 persone e li hanno indotti a provare invidia verso altri individui o addirittura gioire del dolore altrui mentre l'attività del loro cervello veniva scandagliata con la risonanza magnetica funzionale. È emerso che l'invidia attiva il più importante

"snodo" neurale del dolore fisico della corteccia cerebrale. Al contrario la gioia per il dolore altrui attiva il centro del piacere che viene normalmente attivato quando siamo appagati dal sesso o dal cibo. E il piacere è anche più intenso se c'è di mezzo anche invidia per la persona che ci è così ostile che il suo dolore ci procura soddisfazione. Il dolore e il piacere sono due sensazioni fisiche che servono alla nostra sopravvivenza, infatti sentire dolore ci induce a fuggire da ciò che ci provoca tale male. Il piacere al contrario si prova per esempio quando appaghiamo un bisogno anche primario come fame e sete.

Ma allora perché mai il cervello dovrebbe equiparare le esperienze sociali, come il rifiuto o l'apprezzamento altrui o la gelosia per le qualità di un altro, a bisogni così primitivi e al tempo stesso primari per la sopravvivenza quali fame e sete? Semplice, perché, soprattutto per i nostri antenati, le esperienze sociali erano indispensabili alla sopravvivenza, servivano ad esempio a fare gruppo, essere accettati all'interno della tribù senza la quale diveniva più arduo procurarsi il cibo e quindi sopravvivere. Proprio queste pressioni evolutive potrebbero aver favorito lo sviluppo di meccanismi interni che fanno avvertire come piacevoli i sentimenti positivi nei confronti degli altri, come dolorosi quelli negativi quali l'invidia, al fine di promuovere l'attaccamento al gruppo e assicurarsi così la sopravvivenza.



Malocclusioni: sono in aumento?

di Sergio Sambataro

In questi ultimi anni stiamo assistendo ad un incremento di pazienti che necessitano del trattamento ortodontico. Questo, a mio avviso, è dovuto a due fattori principali: il primo è legato all'attenzione dell'ambiente medico al problema e, a questo proposito, vorrei sottolineare che il pediatra riveste un ruolo fondamentale nel riconoscere le malocclusioni già in dentatura da latte, in modo che i piccoli pazienti possano beneficiare delle modifiche ortopediche necessarie e del contributo di una crescita eumorfica. Il secondo aspetto riguarda la frequenza sempre più alta di allergie. Queste, come sappiamo, sono causa di ostruzioni nasali che determinano l'insorgenza di una respirazione orale.

La rinite allergica è una patologia in costante aumento in quasi tutto il mondo. Si stima che il 10-30% della popolazione generale soffra di rinite allergica, nei bambini addirittura questa percentuale salirebbe al 40%. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità l'affezione colpisce il 25% della popolazione generale.

La rinite allergica può essere stagionale, se compare in alcuni periodi dell'anno; perenne se i sintomi sono presenti durante tutto l'anno. Mentre l'instaurarsi di una respirazione orale duratura nel primo caso è assai improbabile, nel secondo caso è l'evenienza più frequente. Questa, da sola,

può essere causa di un'alterazione di sviluppo del mascellare superiore e può provocare adenoiditi, che possono determinare l'insorgenza di otiti medie oltre ad aggravare il quadro respiratorio. Infatti, l'aria inspirata che non viene più filtrata, umidificata e riscaldata dal naso, arriva ai bronchi senza aver subito i processi sopra descritti. Il tenere costantemente la bocca aperta per respirare è responsabile di una forma particolare di accrescimento delle ossa del massiccio facciale che determina la cosiddetta "adenoidea" caratterizzata da bocca semiaperta, labbro superiore sollevato, naso affilato ed espressione "adormentata" (Fig. 1). Deformità del palato, malocclusioni dentarie e mandibola ruotata posteriormente sono spesso effetti di questa particolare condizione.

In questi casi la terapia è di equipe: il pediatra e l'otorinolaringoiatra, dopo un'accurata diagnosi, metteranno in atto un'opportuna terapia per rimuovere la causa. Il ruolo dell'ortodontista è quello di allargare il palato, sin dalla dentatura da latte, e correggere le deformità del massiccio facciale conseguenti, per favorire la ripresa di una respirazione nasale, di concerto con la terapia medica. Questo tipo di approccio precoce eviterà alterazioni più gravi del massiccio facciale, che in età adulta, possono essere corrette solo con la chirurgia ortognatica.

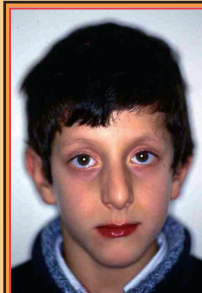


Fig. 1. Tipica "facies adenoidea" di un soggetto di 7 anni di età affetto da rinite allergica ed ipertrofia delle adenoidi.

Nota l'assenza di spazio per gli incisivi laterali ed il morso incrociato



Fig. 2. Dopo la terapia con quad helix (espansore del palato) ed arco di utilità superiore, a distanza di un anno, è possibile apprezzare il miglioramento dell'aspetto facciale e dell'occlusione: nota la comparsa degli incisivi laterali e la correzione del morso incrociato.

Pediatroscopo dell'anno

Cari lettori come già detto lo spazio tiranno mi ha spinto a suddividere le mie previsioni per il 2009, l'amore è l'argomento di questo numero.

di Filippo Di Forti



Ariete: Liberi dall'influenza di Venere, che vi ha mandato a quel paese, vivrete le vostre emozioni con mistico candore, arrossirete di fronte ad uno sguardo e palpitarete senza alcun motivo.



Toro: Per nati dalle ore 13-15 alle ore 13-27 del 24 maggio emozioni ed avventure indimenticabili, per il resto nulla da rilevare... per Giove...!



Gemelli: La vostra conturbante e malcelata pinguedine sarà d'ostacolo ad un vostro infatuamento con una ballerina di lap dance. Da settembre in poi Venere col suo influsso vi farà vivere una splendida, ma onirica storia d'amore.



Cancro: Attenzione ai primi giorni di gennaio, che saranno forieri di incontri entusiasmanti, ma purtroppo resterete fregati e non ne usufruirete, perchè se tutto va bene, leggerete questo oroscopo a febbraio. Infatti da febbraio in poi il buio assoluto.



Leone: Per i maschi si prevede un tradimento da parte della moglie, che a maggio si pentirà e tornerà a casa, perchè avrete nostalgia dei suoi bucatini all'amatriciana. Per le donne si prevede, verso giugno un tradimento del loro amante, che tornerà dalla propria moglie.



Vergine: Venere vi è favorevole da febbraio a giugno e grosse prospettive vi si paventeranno, voi non lo capirete per gli influssi negativi di Mercurio che entrerà senza appuntamento nella terza casa.



Bilancia: I soliti sentimenti inespressi renderanno monotona la vostra vita fino a novembre, quando sarete invitati al solito congresso trasgressivo in sudamerica, lì avrete un'avventura squallidamente prezzolata, ma la moglie di un collega spiffererà tutto e a dicembre divorzierete.



Scorpione: Le vendette che avete maturato negli ultimi 10 anni saranno annullate dall'ingresso della costellazione di Orione tra Saturno e Giove. A dicembre la stella cometa vi farà diventare più buoni.



Sagittario: Venere in Marte vi renderà combattivi nei primi quattro mesi dell'anno e la vostra spasmodica ricerca di "avventurette" avrà un'impennata. Quando sarete sul punto di concludere, ovvero verso maggio, Venere lascerà Marte ed entrerà in Orione e voi perderete l'occasione per cui avete lottato. Da giugno a dicembre solita monotonia.



Capricorno: Il vostro fidanzamento che dura da 22 anni è al capolinea, dovete decidervi, o lasciate vostra moglie oppure sarete abbandonati. Lui è stanco e depresso e le occasioni non gli mancano.



Acquario: Farete a febbraio una crociera nel mar Baltico, ove incontrerete, nel cinema della nave, una biondina mozzafiato. La proiezione del film "Titanic" però vanificherà ogni vostro sforzo. Una volta approdati in Lettonia un nerboruto marinaio ve la fregherà. Incontri a dicembre...



Pesci: Incontrerete a giugno una sirena, per l'ingresso dei pesci nella costellazione dell'acquario, ma Nettuno vanificherà il vostro idillio nel suo ingresso ad agosto nella 3ª casa. Un flirt a capodanno.

LO STUPIDIATRA

a cura di Fidifo

ovvero aneddoti di pediatri "sull'orlo di una crisi di nervi"

E' sera, la famiglia si riunisce dopo una giornata di duro lavoro, purtroppo "un'altra serata d'antibiotico" turberà la quiete domestica, e se "Giulia dorme, ma non riesce a riposare", "Francesca si sveglia mentre dorme", non può

essere "l'appendicite silenziosa" a turbare le notti. Chissà se guardando la "faringite cronaca" con "ghiandole enfatiche", non si riesca a curare la tosse, basterà lo "sciroppo Quiz?" (Quik) o l'aerosol col "Frontline" (Forbest). Perchè è meglio fare

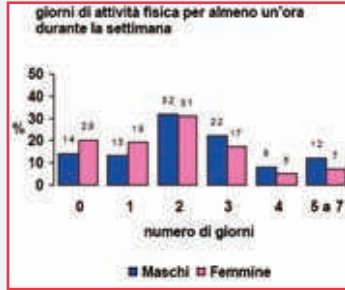
l'aerosol, ma, chissà, forse sperava di curare "l'arachide anale", d'altronde "qualche tozzo di tosse" non deve turbare la quiete domestica, meno male che domani andremo tutti a farci una bella "visita neutropsichiatrica".

...Non mangia NIENTE!! ...o no??? 2/2

Ed ecco la **seconda parte** dell'indagine svolta Dipartimento Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato alla Sanità della Regione Siciliana sull'obesità.

Vediamo altri dati.

Si consiglia che i bambini facciano **attività fisica** moderata o intensa ogni giorno per almeno 1 ora. Questa attività non deve essere necessariamente continua ed include tutte le attività motorie quotidiane. La promozione dell'attività fisica è uno degli obiettivi del



Piano Nazionale della Prevenzione e la sistematizzazione dell'attività motoria nelle scuole, un obiettivo del Ministero della Pubblica Istruzione.

Nello studio il 70% dei bambini è risultato attivo il giorno antecedente all'indagine.

- Solo il 18% tuttavia ha partecipato ad un'attività motoria a scuola nel giorno precedente (dato influenzato dalla programmazione scolastica).

- Sono complessivamente più attivi i bambini che abitano in zone con una popolazione di meno di 10.000 abitanti.

Secondo i loro genitori, nella nostra regione, circa 3 bambini su 10 (31%) fanno un'ora di attività fisica per 2 giorni la settimana, il 17% neanche un giorno e solo il 9% da 5 a 7 giorni. La zona di abitazione è associata a una diversa frequenza di attività fisica da parte dei bambini, nel senso che aumenta la sedentarietà quando aumenta la grandezza dell'area di residenza.

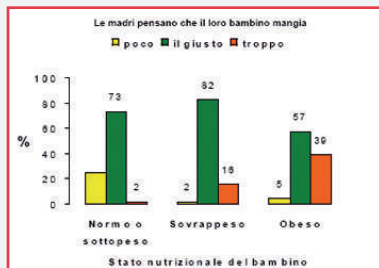
Si stima che quasi 1 bambino su 3 risulta fisicamente inattivo, maggiormente le femmine rispetto ai maschi.

Quante ore al giorno i bambini guardano la televisione o usano i videogiochi?

Diverse fonti autorevoli raccomandano un limite di esposizione complessivo alla televisione/ videogiochi per i bambini di età maggiore ai 2 anni di non oltre le 2 ore quotidiane, mentre è decisamente sconsigliata la televisione nella camera da letto dei bambini.

L'esposizione ad almeno 5 ore di TV o videogiochi è più frequente tra i maschi (18% versus 11%) e diminuisce con l'aumento del livello di istruzione della madre. Complessivamente il 57% dei bambini ha un televisore nella propria camera.

La percezione delle madri sulla situazione nutrizionale e sull'attività fisica dei bambini.



Alcuni studi hanno dimostrato che i genitori possono non avere un quadro corretto della situazione nutrizionale del proprio figlio. Questo fenomeno è particolarmente importante nei bambini sovrappeso/obesi che vengono al contrario percepiti come normopeso.

Nella nostra Regione:

- ben il 56% delle madri di bambini sovrappeso e il 14% delle madri di bambini obesi ritiene che il proprio bambino sia normopeso o sottopeso.

- Nelle famiglie con bambini in sovrappeso, la percezione non cambia in rapporto al sesso del bambino.

- La percezione, è tanto più accurata quanto maggiore è la scolarità della madre ($p < 0,05$).

Commento: A noi, pediatri di base, tocca quindi, l'arduo compito di "istruire" le mamme correggendo la visione distorta della "salute" indissolubilmente legata al "bambino bello paffutello".

Ma già si sentono gli "allarmi" di madri di bambini al 53 percentile che chiedono "non Le sembra troppo grosso?". Ma si sa...noi siamo più avanti !!!



INCONTRI PAIDOS 2009

30 Maggio:
Nefrologia Pediatrica
Responsabile scientifico: Marenghini

26 Settembre:
Il mondo sottopelle
Responsabile scientifico: Francesco Privitera

21 Novembre:
Il bambino in emergenza
Responsabile scientifico: Antonino Gulino

Gli incontri si terranno tutti presso la sala congressi dell'Ospedale di Acireale.
N.B.: Le date e gli argomenti degli eventi possono subire variazioni.

Si ricorda inoltre che l'ultimo mercoledì di ogni mese si svolgeranno dalle ore 14,00 alle ore 15,30, gli incontri del "dotto's club" presso il reparto di cardiologia pediatrica dell'Ospedale Ferrarotto, diretto dal prof. Francesco De Luca.

