



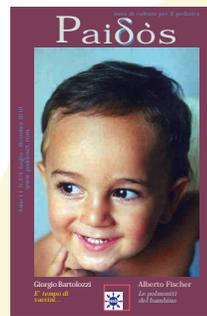
Anno 11 N. 3/4 - Luglio - Dicembre 2010
www.paidosct.com



Giorgio Bartolozzi
E' tempo di vaccini...



Alberto Fischer
Le polmoniti del bambino



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 Germentia
 Angelo Milazzo
 Mariacconcetta Vitaliti
 Raffaele Falsaperla
 Sergio Mangiameli
 Alessandro Gulino

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
 segreteriaipaidos@tiscali.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

Un Presidente per “caso”

di Maria Libranti

Presidente “per caso” è la definizione con la quale Alberto Fischer, schivo per natura, ama definire se stesso sin dal suo primo incarico: la presidenza della nostra associazione culturale Paidòs, ruolo svolto con tale passione ed impegno che, temo per lui, abbia assunto la durata di certe nomine senatoriali (coraggio Alberto, non vorrai mica lasciare l’incarico prima di altri cent’anni!). Sono sicura che “*Presidente per caso*” ben si addica a chi, come lui, ha sempre dato poco valore alle cariche ed ai ruoli che non corrispondessero ad una reale voglia di fare e ad una partecipazione concreta.

Tuttavia, di questo ne sono certa, non è casuale che questo “*Presidente per caso*” sia da poco diventato anche **Presidente Regionale della Società Italiana di Pediatria**.

Quasi forzato a candidarsi da colleghi amici che tenevano sì alla sua persona ma anche alle sorti della nostra società scientifica, Alberto Fischer, superate e vinte le titubanze iniziali, si è comportato come tutti noi ci aspetteremmo da un presidente: ha stilato un serio programma di lavoro, si è circondato di validi collaboratori che ha coinvolto nel suo percorso ed ha agito, supportato da amici sinceri, con la solita lealtà e signorilità (magari fosse così anche in politica!). Non c’è stato bisogno di millantare nulla (false promesse, incarichi o favoritismi), nè di minacciare alcuno o addirittura di organizzare un sistema di trasporto collettivo (pullman) con la finalità di raccogliere le preferenze necessarie ad una vittoria elettorale.

Alberto Fischer ha saputo seminare integrità ed onestà lungo il suo cammino ed il sorriso, la modestia, la preparazione e la generosità con cui si è sempre speso per tutti non potevano dare che questi frutti: ognuno con i propri mezzi e, più con spirito di gruppo che di sacrificio, sono 274 i pediatri che hanno scelto di andare a Cefalù, che hanno voluto sostenere Fischer, che hanno votato il Presidente dal quale desiderano essere rappresentati e questo - caro Alberto, credimi - non è accaduto affatto “*per caso*”.

SOMMARIO

- 3 Editoriale
- 4 L'angolo di Giorgio Bartolozzi
- 6 Le polmoniti del bambino
- 8 Pillole di... neonatologia
- 10 Tumefazioni dello scroto
- 12 Intervista ad Alberto Fischer
- 16 Il rischio Neuroevolutivo
- 18 Casi da ricordare...
- 19 Le complicanze gastrointestinali delle PCI
- 20 Flash su cervello e psiche
- 21 L'ultimo sogno nel primo dei giorni che restano
- 22 News dalla rete

RUBRICHE

- 14 Un pediatra al cinema
- 14 Recensioni
- 15 Digiamocelo

Copertina
 (foto di M. Libranti)

E' tempo di vaccini...



di Giorgio Bartolozzi

Si apre la stagione delle influenze e, come di regola, anche tra i ferventi assertori della vaccinazione anti-influenzale, che sono principalmente i pediatri nel cui genoma è scritto il concetto di prevenzione, anche tra loro "dicevo" germogliano dubbi e perplessità. Così il dott. Taldeta-

li, su forum di pediatria online, mi chiede perchè di anno in anno si insista nel proporre lo stesso ceppo antigenico nel vaccino anti-influenza. Se, infatti, è vero che la protezione è duratura e non semestrale, come si pensava prima, l'inefficacia del vaccino è correlata solo alla variazione del ceppo stagionale e in questo caso, modificando il ceppo di anno in anno, si allarga la biblioteca e quindi la protezione.

Vediamo di rispondere con l'aiuto dei dati che

oggi la letteratura ci offre.

1. Una prima risposta è data dal fatto che noi non siamo affatto sicuri che anno dopo anno siano sempre gli stessi soggetti a praticare la vaccinazione. Per cui nel vaccino dobbiamo inserire gli antigeni dei sierotipi A e B, che nei mesi di febbraio-marzo sembrano essere quelli che caratterizzeranno l'influenza dell'anno successivo.

2. Un'altra considerazione va fatta sull'integrazione dei tre livelli di immunità che intervengono sia di fronte ad una infezione naturale

che a quella conseguente ad una vaccinazione (mucosale, umorale e cellulare).

Non vi è dubbio che la malattia lascia una immunità più intensa e duratura di quanto non faccia la vaccinazione. Risulta, per esempio, che nel sangue circolante di soggetti sopravvissuti alla spagnola circolino ancora anticorpi pure a livelli poco elevati. Ne consegue che questo tipo di anticorpi durano almeno 60-80 anni. Il fatto che, dopo il superamento della malattia influenzale rimangono difese efficienti per decenni, lo dimostra in modo inconfutabile quanto è successo nell'ultima pandemia che ha risparmiato gli anziani che 30-40 anni prima avevano contratto l'influenza stagionale che aveva antigeni comuni con il virus H1N1 della pandemia dello scorso anno.

Quando mi riferisco alla biblioteca anticorpale contro l'influenza che ciascuno di noi si crea ogni anno, mi riferisco in primo luogo alla malattia influenzale, in modo certo ma meno sicuro, alla vaccinazione. E' evidente che la ripetizione,

a distanza di un anno, degli antigeni di uno stesso tipo virale non può che rinforzare questa immunità, mentre ormai è chiaro che non ne aumenta gli effetti collaterali.

Le influenze stagionali colpiscono soltanto il 3-4% della popolazione e tale è stato per la pandemia dello scorso anno. Il numero degli ammalati è stato grosso modo uguale a quello dell'influenza di sei anni fa, quando la mutazione drift del virus influenzale fu tale da rendere inefficace il vaccino che avevamo usato. Avevamo vaccinato con il ceppo Moaca e comparve il ceppo Fujan, che era mutato in corrispondenza degli epitopi per la sostituzione di due aminoacidi (NEJM, 2004, 350: 218).

Ma non va assolutamente dimenticato che accanto alle persone che si sono ammalate di influenza, vi è un numero di persone molto superiore che ha fatto un'influenza asintomatica, con la produzione di anticorpi che vanno ad

arricchire la biblioteca anticorpale. Quando ci infetta un nuovo virus non vale la legge del tutto o nulla, cioè non avviene necessariamente che ci si ammala o non ci si ammala. Se le caratteristiche del nuovo virus assomigliano in parte ad un virus che avevamo conosciuto in precedenza può accadere che abbiamo un po' di mal di gola, senza febbre e senza tosse, oppure con pochissima febbre e tanta tosse. Tutto dipende dalla somiglianza tra il virus con il quale abbiamo a che fare e gli anticorpi della nostra biblioteca. In fondo dipende sempre dalle nostre capacità di difesa e cioè dal nostro "io biologico" come ci ha insegnato il prof. Burgio.



Oggi le polmoniti del bambino non sono più da considerare come il temibile evento che contribuiva ad incrementare l'incidenza della mortalità infantile, tipico di un'epoca non molto lontana.



Le Polmoniti del bambino: un approccio per problemi

di Alberto Fischer

Le indicazioni al ricovero si sono notevolmente ristrette e nella maggior parte dei casi sono patologie che possono esser ben gestite dal pediatra di famiglia a casa del piccolo malato, senza eccessivi ricorsi a indagini ematologiche o radiografie. E tuttavia nell'ambito di questo panorama è dato osservare qualche situazione di gravità, che richiede il ricovero o comunque non sembra rispondere ad una corretta terapia, e ciò perchè la diagnosi iniziale potrebbe esser depistata, o perchè l'eccessiva diffusione dell'uso di antibiotici ha permesso la persistenza di ceppi piuttosto resistenti, o perchè vi è una non corretta individuazione di posologie o tempi di trattamento. Analizziamo allora alcuni problemi e cerchiamo di dar una risposta.

Quando ricoverare?

L'età inferiore ai 3 mesi è già una indicazione al ricovero (tab.1), essendo maggiore il rischio di insufficienza respiratoria. E poi in tutte quelle situazioni in cui la malattia deve esser monitorata costantemente perchè grave: tachipnea superiore ai limiti previsti per l'età (tab.2), bassa saturazione di ossigeno, stato settico, impegno cardiocircolatorio severo. E' necessario sottolineare la necessità di tenere nel proprio studio un pulsiossimetro, che permette la valutazione della saturazione O2 permettendoci di assumere adeguate decisioni. Oggi ne esistono di molto semplici, precisi, maneggevoli e basso costo.

Come differenziare una polmonite tipica da una atipica?

Con il termine "atipico" venivano classificate tutte quelle forme, in genere virali o da micoplasma, che si caratterizzavano per una dissociazione clinico-radiologica, ossia una sintomatologia molto sfumata con un reperto

radiologico caratterizzato da quadri di polmonite interstiziale o microgranulari. Il termine è oggi desueto ed inoltre anche le tipiche polmoniti lobari da pneumococco possono presentarsi con sintomi sfumati tanto da far pensare ad una forma atipica, mentre alcune forme da micoplasma possono per la loro severità far pensare ad una forma da stafilococco o da pneumococco. In genere le vecchie forme "atipiche" si caratterizzano per la presenza di sintomi extrapulmonari (rash cutanei, artriti, ecc.) ed hanno un esordio più insidioso mentre le forme tipiche sono più caratterizzate dal punto di vista polmonare (tachi-dispnea, desaturazione, stato settico) e per i fenomeni sistemici, come la febbre, che sono più marcati.

Quale indagine?

La diagnosi è esclusivamente fondata su un attento esame obiettivo, che evidenzia ipofonesi, riduzione del fvt, rantoli crepitanti e dispnea. Esami di supporto possono essere l'emocromo e una pcr, o, meglio ancora la determinazione della procalcitonina. La radiografia documenta il nostro sospetto, ed alle volte ci aiuta anche a sospettarne la natura etiologica. Le linee guida sostengono che nella maggior parte dei casi non

tab.1 : Indicazioni al ricovero

- Età: inferiore al 3° mese;
- Segni di sepsi;
- FR > ai valori limite per l'età;
- SpO2 < 92%;
- Cianosi;
- Apnea intermittente;
- Famiglia inaffidabile.

tab.2: Frequenza respiratoria normale alle diverse età

Infant (<1 yr):	30-60
Toddler (1-3 yr):	24-40
Preschooler (4-5 yr):	22-34
School-age (6-12 yr):	18-30
Adolescent (13-18 yr):	12-20

è necessaria e comunque non ne è necessaria una seconda, a meno che non vi è alcun miglioramento nell'arco dei pochi giorni iniziali della terapia o che esistano dubbi sulla natura della sintomatologia polmonare (corpo estraneo? Neoplasia?). Non trascurare mai la possibilità di una tbc, soprattutto nelle forme apicali ed in quelle che si accompagnano a marcata adenopatia ilare. Oggi è difficile reperire il test alla PPD (Mantoux) ma quando vi è forte il sospetto si può ricorrere al Quantiferon. E' anche possibile attraverso l'incremento del tasso anticorpale evidenziare l'etiologia di alcune forme pneumonitiche (antimicoplasma, antipneumo, anticlamidia, antilegionella).

Quale antibiotico scegliere?

Se anamnesi e clinica già indirizzano verso una probabile etiologia la scelta non dovrebbe esser difficile (tab.3). Ricordiamo che non esistono differenze di efficacia tra un antibiotico orale ed un antibiotico intramuscolare, se non un'esigenza di compliance. Antibiotici battericidi (betalattamici e resistenti alle betalattamasi) debbono essere preferiti nei piccoli defedati o negli immunodepressi. Si consiglia sempre come antibiotico di prima scelta un betalattamico a dosaggio appropriato, anche perchè in tutte le età è frequente lo Str. Pneumoniae, che insieme allo St. aureus sono da considerare come gli agenti più pericolosi. Se la risposta tarda a venire è allora indicato sostituire l'antibiotico

beta lattamico (o aggiungere) con un macrolide. Nel caso sia un Mycoplasma la risposta alla terapia si ha già in 48 ore. Il tempo di trattamento può variare dai 7-10 gg nelle forme polmonari di media entità da pneumococco o micoplasma, fino a 20-28 gg nelle forme da legionella (rare comunque nel bambino).

Cosa fare nelle forme ricorrenti?

Una "polmonite" che non risponde nell'arco di un tempo medio di 7-10 gg è un problema! Se la diagnosi è corretta potrebbe non esser corretto l'antibiotico utilizzato, anche perchè nella gran parte dei casi è impossibile stabilire l'etiologia della stessa polmonite e dobbiamo solo basarci sui dati epidemiologici espressi in letteratura, non sempre esatti (come si fa a stabilire l'agente etiologico in un gran numero di polmoniti di comunità pediatriche?). La rx che non cambia in meglio mette in crisi! Esaminiamo allora eventuali altre possibilità come un ascesso polmonare (attenzione allo st. aureus), o un'atelettasia da corpo estraneo, o una tbc, o una malattia immunitaria o una massa.

Il test del sudore permette di escludere o diagnosticare una Fibrosi Cistica, ma nell'ambito di forme croniche o ricorrenti è opportuno considerare i deficit immunologici, il deficit di alfa-antitripsina, i deficit dell'attività ciliare (come la s. di Kartagener, dove questi sono associati ad un situs inversus), le anomalie strutturali delle vie aeree, le neutropenie cicliche, alcune patologie cardiache. La rara malattia di Churg-Strauss si evidenzia nell'età pediatrica con crisi ricorrenti, spesso gravi, di asma. Rarissima anche la sarcoidosi.

Si modifica quindi la tipologia del percorso diagnostico con la scelta di altri esami specifici al sospetto diagnostico, ma anche la diagnostica per immagini con il ricorso alla T.C., alla RM. Ma noi ci fermiamo qui.

tab.3: Indicazioni terapeutiche

Gruppi età	A domicilio	Ospedalizzato con addensamento lobare e versamento	Ospedalizzato (senza addensamento lobare e versamento)
Nascita/ 20 giorni		Ampicillina + gentamicina IV con cefotaxime	Ampicillina + gentamicina IV con cefotaxime
3 settimane/ 3 mesi	Macrolide x os (ospedalizzare se febbre o ipossia)	Ceftriazone EV * Terapia anti - S.aureus	Macrolide eventualmente con Ceftriazone EV
4 mesi/ 4 anni	Amoxicillina - a.clavulanico x os	Ceftriazone EV	Polmonite virale (no antibiotico) Ceftriazone EV
5/15 anni	Macrolide x os	Ceftriazone EV	Macrolide eventualmente con ampicillina ev

Il dolore nel neonato



di Francesco Privitera

Il dolore, sia quando è associato ad una patologia che quando è conseguenza di manovre mediche o infermieristiche, viene spesso sottovalutato e considerato in ogni caso un evento ineluttabile. Invece costituisce una malattia nella malattia, che influisce sulla vita dei pazienti con effetti negativi sulla sfera emozionale, psicologica e fisica. Pertanto prendersi cura del dolore e della sofferenza non solo è un dovere etico, ma anche un esempio di buona pratica clinica. Se questo è vero per i pazienti in generale, lo è maggiormente per il neonato.

Possiamo definire il dolore come un'afezione spia-



cevole, caratterizzata da una localizzazione poco definita, talvolta persistente e spesso accompagnata da reazioni riflesse. I recettori del dolore (nocicettori), sono i recettori sensitivi cutanei e viscerali meno differenziati, in quanto costituiti da terminazioni nervose nude. Gli stimoli nocicettivi sono inviati al SNC attraverso due tipi di fibre nervose: le fibre mieliniche tipo A δ (semi-veloci) e le fibre amieliniche tipo C (lente). La presenza di queste due vie, spiega due tipi di dolore: primario, sensazione nitida, acuta e ben localizzata del dolore (fibre A δ) e secondario, sensazione sorda, intensa, spiacevole e più estesa che succede alla prima (fibre C). Entrambe le fibre entrano nel midollo spinale attraverso la radice posteriore e si connettono con i neuroni delle corna posteriori. Dal midollo salgono due vie conduttrici degli stimoli dolorosi:

1) la spino-talamica diretta, che conduce il

dolore attraverso il talamo alla corteccia cerebrale ed è deputata alla discriminazione del dolore (sede, natura, intensità);

2) la spino-reticolotalamica, che controlla le reazioni autonome e algogene.

Esiste inoltre un sistema di modulazione del dolore, discendente e mediato dalle endorfine, capace di bloccare gli impulsi a livello dei neuroni delle corna posteriori.

Fino a non molti anni fa si pensava che il neonato ed il prematuro fossero incapaci di provare dolore. Questa convinzione derivava dal presupposto che questi soggetti avessero una soglia del dolore più alta ed inoltre che le vie del dolore, sia periferiche che centrali, non fossero mature e sensibili: niente di più sbagliato!

Negli ultimi anni numerosi studi sperimentali e clinici hanno dimostrato l'esistenza della percezione del dolore già a partire dalla 26^a sett. di gestazione. A fronte di ciò però, i sistemi di inibizione si sviluppano più lentamente e più tardivamente, tanto che anche nel neonato a termine sono ancora immaturi. Ciò comporta, pertanto, che la sensi-

bilità al dolore nel neonato a termine e, a maggior ragione, nel pretermine, è superiore rispetto a quella del bambino e dell'adulto.

Come valutare il dolore? Nel caso del neonato si usano le scale comportamentali che valutano le espressioni facciali, gli atteggiamenti corporei ed i movimenti associati al dolore. Esse sono utili nel dolore acuto ma, oltre a non distinguere il dolore dalle reazioni ad altri tipi di stress, non sono molto affidabili nel dolore cronico. Esistono diverse scale a seconda dell'età: per es. la PIPP (Premature Infant Pain Profile) per i prematuri, la CRIES (Crying, Requieres oxygen, Increased vital signs, Expression, Sleepness) o la NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) per i neonati a termine.

Si possono anche misurare le risposte dell'organismo al dolore valutandone la risposta catecolaminica, cioè, rilevando i parametri vitali quali frequenza cardiaca e respiratoria, SAT O₂, pressione arteriosa. Comunque questi metodi di valutazione sono poco usati nel dolore acuto perchè poco pratici. Infatti in molti studi esso viene valutato misurando la durata del pianto. Discorso diverso per il dolore cronico dove le scale CRIES o EDIN (tab.1) valutando in momenti diversi il comportamento e l'interazione del neonato, sono pratiche e utili per verificare la necessità e/o l'efficacia della terapia sedativa.

Ma come si cura il dolore? I principali farmaci usati nel dolore neonatale sono: paracetamolo, oppioidi, fentanyl e, per via topica, una

crema composta da lidocaina al 2,5% e prilocaina al 2,5% (EMLA). Ci sono anche approcci non farmacologici per alleviare il dolore nel neonato: succhiotto con saccarosio (rilascio di endorfine che occupano i recettori del dolore), oppure l'allattamento al seno.

Le conseguenze di una precoce e ripetitiva esposizione al dolore del neonato porta a modificazioni comportamentali a lungo termine. Nonostante l'accumulo di queste evidenze, il trattamento del dolore nel neonato rimane a tutt'oggi limitato, anche se sono sempre in aumento le UTIN e i reparti di patologia neonatale che vanno acquisendo una maggiore sensibilità al problema attivando quegli accorgimenti necessari per evitare ulteriori sofferenze ai piccoli pazienti.

tab.1

Scal a EDIN

Elementi oggetto di valutazione	Comportamenti osservanti	Punteggio
Viso	Viso sereno; Smorfie momentanee: aggrottamento delle sopracciglia, labbra strette, corrugamento o tremolio del mento; Smorfie frequenti, marcate o prolungate; Contrazione permanente o viso prostrato, irrigidito o paonazzo.	0
		1
		2
		3
Corpo	Rilassato; Agitazione momentanea, per lo più calmo; Agitazione frequente ma ancora intervallata da momenti di serenità; Permanente stato di agitazione: contrazione delle estremità e irrigidimento degli arti o mobilità molto ridotta e limitata con irrigidimento del corpo.	0
		1
		2
		3
Sonno	Si addormenta facilmente, sonno prolungato e tranquillo; Si addormenta con difficoltà; Si risveglia spontaneamente e frequentemente in assenza di attenzioni, sonno agitato; Non dorme.	0
		1
		2
		3
Relazione	Sorriso se stimolato, risponde col sorriso, attento nell'ascolto; Apprensione passeggera al momento del contatto; Il contatto risulta difficoltoso, piange alla minima stimolazione; Rifiuta il contatto, qualsiasi relazione è impossibile, urla o si lamenta in assenza di alcuna stimolazione.	0
		1
		2
		3
Conforto	Non ha bisogno di conforto; Si calma rapidamente se accarezzato, al suono della voce o alla suzione; Si calma con difficoltà; Inconsolabile, suzione esasperata.	0
		1
		2
		3

Tumefazioni dello scroto

di Antonio Fichera

I testicoli (fig. 1) scendono attraverso il canale inguinale fino allo scroto negli ultimi due mesi di gestazione, preceduti dalla migrazione del processo vaginale del peritoneo, che, subito dopo la discesa del testicolo, si chiude superiormente in corrispondenza della sua estremità adominale. L'eventuale incompleta chiusura del processo vaginale determina una situazione di continuità tra la cavità addominale e lo scroto, con possibile passaggio di fluidi o contenuto addominale ed ingrandimento dello scroto medesimo. Le tumefazioni dello scroto (tab. 1) possono essere classificate in acute e croniche, in base alla loro rapidità di insorgenza; quelle acute si manifestano più frequentemente con dolore intenso, mentre quelle croniche sono in genere senza dolore. Una tumefazione dello scroto, soprattutto se dolorosa e comparsa acutamente, deve essere urgentemente valutata, in quanto un ritardo diagnostico, e quindi terapeutico, può comportare conseguenze anche gravi, fino alla perdita del testicolo stesso. Nella pratica, comunque, la differenziazione tra acute e croniche e tra dolorose e non dolorose risulta frequentemente ardua, poiché le varie presentazioni cliniche sono spesso molto variegate.

Tra le tumefazioni più acute e gravi bisogna certamente annoverare la **torsione intravaginale del testicolo** sul cordone spermatico, che costituisce un quadro clinico urgente di "scroto acuto", in quanto può rapidamente bloccare il flusso sanguigno al testicolo. In tali casi soltanto una pronta detorsione chirurgica può evitare l'insorgenza di una rapida necrosi ischemica con irreversibile perdita di funzionalità del testicolo; infatti, nei casi più gravi con

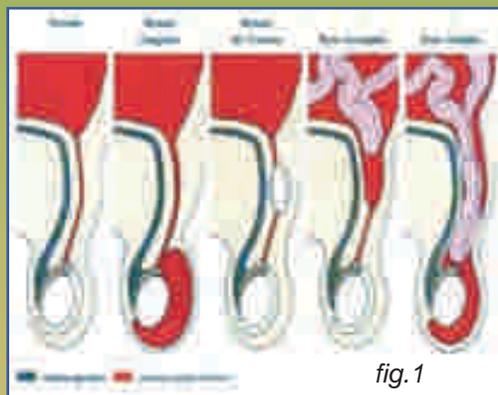
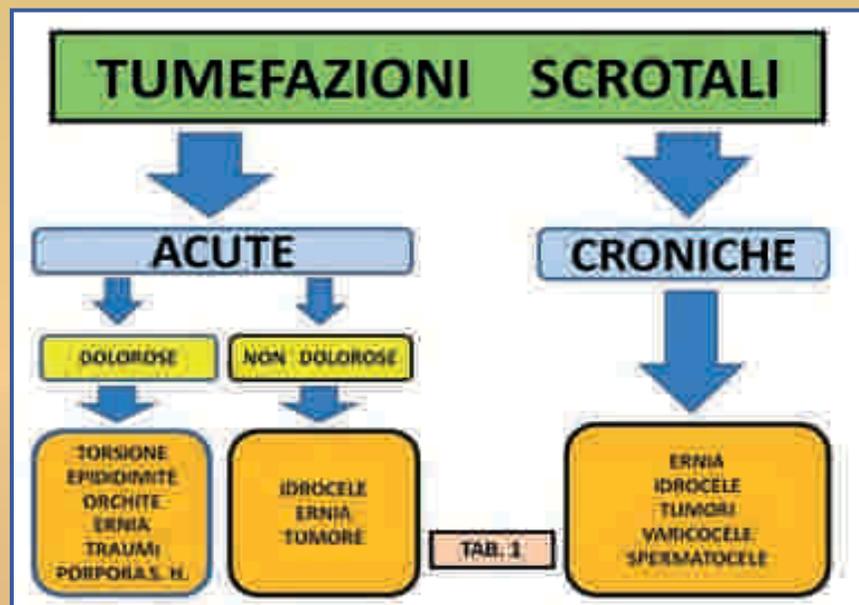


fig. 1

3-4 giri di torsione, il testicolo può essere salvato soltanto se si interviene entro poche ore. Tale patologia può verificarsi a tutte le età, ma si osserva prevalentemente tra i 10 e i 14 anni.

Il quadro clinico può variare in relazione all'intervallo trascorso tra insorgenza dei sintomi e momento dell'osservazione: poco tempo dopo l'inizio della torsione, il testicolo interessato appare fissato in alto nello scroto ed è possibile, seppure con difficoltà, rilevare la torsione del funicolo spermatico al di sopra del testicolo; nelle ore successive la tumefazione, la consistenza, l'eritema ed il dolore si accentuano notevolmente;



TAB. 1

la diagnosi diventa più agevole, ma si forma un idrocele reattivo, che può rendere difficile l'identificazione del contenuto scrotale. La torsione può verificarsi anche nella vita prenatale, dando luogo a presunte agenesie del testicolo. Anche le infezioni dell'epididimo e del testicolo (epididimite ed orchite) si manifestano con tumefazione dolorosa dello scroto, ma l'insorgenza è generalmente meno acuta che nel caso della torsione. Tali patologie, molto rare al di sotto dei 14 anni, sono talvolta, erroneamente, chiamate in causa, a sproposito, in casi di torsione del testicolo, con conseguenze talora irreversibili. Nei ragazzi con anamnesi di contatto sessuale l'infezione può essere causata da clamidia o da gonorrea, nei bambini più piccoli vi è spesso una storia di infezioni delle vie urinarie.

A differenza dei casi di torsione, è generalmente presente febbre, mentre la leucocitosi può essere riscontrata in entrambe le situazioni. Il trattamento antibiotico è di norma efficace, anche nei casi con urinocoltura negativa. La protrusione di strutture intra-addominali (omento o intestino) attraverso un processo vaginale pervio determina il quadro clinico di **ernia inguinale, incompleta o completa** (fig. 1) a seconda che la protrusione raggiunga anche lo scroto. L'ernia è spesso asintomatica, ma la presenza di una tumefazione che appare e scompare viene in genere riscontrata dai genitori. Dolore anche intenso ed ingravescente può essere presente nei casi di intrappolamento del contenuto addominale nel canale inguinale; nei casi più gravi si può anche determinare una sofferenza acuta della vascolarizzazione, determinandosi il quadro clinico di ernia strozzata. I traumi lievi difficilmente causano conseguenze gravi, in quanto il testicolo è mobile nello scroto; dolore e tumefazione intensi possono essere presenti nei traumi più gravi, rendendo difficoltoso l'esame obiettivo e la diagnosi differenziale. I traumi meno gravi vengono trattati con l'immobilità, gli analgesici ed il sollevamento dello scroto. **La porpora di Schonlein-Henoch** può interessare lo scroto in oltre il 30% dei soggetti di sesso maschile, ma, poiché non è quasi mai una manifestazione iniziale della malattia, la diagnosi è generalmente agevole. L'edema scrotale idiopatico, la trombosi della vena spermatica, la necrosi del tessuto lipidico costituiscono, infine, cause meno frequenti di dolore scrotale acuto.

Si definisce **idrocele** (fig. 2) l'accumulo di liquido tra i due foglietti della tunica vaginale: nei bambini è quasi sempre dovuto al passaggio di liquidi dal peritoneo allo scroto ed è detto comunicante per la presenza di una caratteristica tumefazione, progressivamente crescente durante la giornata, ma quasi del tutto assente al mattino. In epoca neonatale il riscontro di idrocele è relativamente frequente, in quanto il processo

vaginale rimane pervio spesso fino a 12-18 mesi; in tali casi è spesso sufficiente una vigile attesa volta ad osservare la progressiva riduzione dell'idrocele, ricorrendo all'intervento chirurgico soltanto se la tumefazione risulta sintomatica o se persiste oltre tale età. La transilluminazione permette, quasi sempre, di evidenziare la natura liquida del contenuto dello scroto. I **tumori** del testicolo si manifestano generalmente con una tumefazione a lento accrescimento, clinicamente dura e fissa nello scroto. La transilluminazione dimostra spesso la presenza di una massa solida, ma, poiché può essere presente un idrocele reattivo, è talvolta necessaria una ecografia. Nel neonato la maggior parte dei tumori è di natura benigna, contrariamente alle età successive, allorché diagnosi e trattamento devono essere tempestivi.

Il **varicocele** è una dilatazione delle vene del funicolo spermatico, conseguente al cedimento delle valvole intravenose. Il quadro clinico, che si manifesta in età puberale, è evidente soprattutto quando il paziente è in posizione eretta. Il varicocele è praticamente sempre idiopatico in età pediatrica ed è molto più frequente a sinistra (98% dei casi), per una locale minore presenza di valvole antireflusso e per una posizione anatomica della vena spermatica sinistra maggiormente ad angolo acuto rispetto a quella destra.

All'esame obiettivo è presente, al di sopra del testicolo, una tumefazione molliccia, non dolente, irregolare, ad "intestino di pollo", che diviene maggiormente evidente con la manovra di Valsalva. La diagnosi clinica può venire confermata da una ecografia e mediante esame ecocolor Doppler. I risultati delle varie tecniche chirurgiche sono, nella maggior parte dei casi, soddisfacenti. Lo **spermatocele** è una struttura cistica che origina dai dotti che drenano dal testicolo all'epididimo, evidenziabile mediante transilluminazione o ecografia; soltanto se diviene molto grande e fastidiosa per il paziente si può ricorrere all'intervento chirurgico.

Da quanto sinteticamente riportato ed in considerazione anche della difficoltà nel potere eseguire esami di laboratorio o indagini strumentali in tempi brevissimi, l'approccio da parte del pediatra all'esame clinico delle tumefazioni scrotali, soprattutto se acutamente insorte, deve sempre essere estremamente approfondito e prudente.

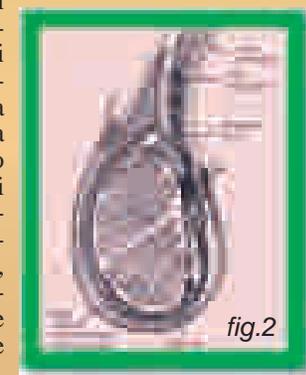


fig. 2



Il 12 novembre a Cefalù Alberto Fischer, fondatore e presidente della nostra associazione culturale Paidòs è stato eletto alla Presidenza della Sezione regionale della Società Italiana di Pediatra, da sempre società scientifica di riferimento di tutto il mondo pediatrico. Per quattro anni avrà la responsabilità di guidare e coordinare l'attività della SIP in un momento particolarmente delicato per tutta la sanità regionale ma in particolar modo per l'area dell'assistenza materno-infantile. Pertanto abbiamo ritenuto interessante conoscere i punti salienti del suo programma.

Gulino: Quali sono le ragioni di questa tua scelta?

Fischer: La storia della SIP, sia a livello regionale che nazionale, evidenzia come l'assunto iniziale di realizzare un valido riferimento scientifico che fosse ispiratore negli aspetti organizzativi riguardanti l'assistenza al bambino, secondo le indicazioni di benessere statuite nella Carta dei Diritti, abbia solo in parte raggiunto gli obiettivi.

Oggi più di ieri è per me essenziale considerare il bambino come punto centrale di partenza, capirne le esigenze assistenziali, interdipendenti con quelle sociali, e questo modo di muoversi potrà certamente apportare maggiori benefici sul piano assistenziale, promuovendo il ruolo del pediatra e cercando di conciliare e armonizzare le "diverse anime" della pediatria.

G.: Come la SIP può contribuire alla crescita di una pediatria nuova?

F.: A mio modesto parere sono due i principali aspetti da tener presenti in una riorganizzazione strutturale e funzionale che permetterebbe alla SIP di affrontare le sfide che l'attuale situazione sanitaria regionale offre nell'ambito dell'area dell'assistenza materno-infantile.

La prima è che debba rinunciare ad un atteggiamento elitario e scendere in campo come soggetto politico (necessaria interfaccia con le istituzioni) in sintonia e paritetica collaborazione con quelle strutture che hanno a cuore l'assistenza globale del bambino (sanitaria, sociale). Vale a dire collaborare con FIMP, ACP, SIN,

SIMEUP, Associazioni familiari e Scuola. Solo in tal modo si potranno dare risposte a tutta una serie di problemi che gravitano in senso negativo sull'assistenza al bambino: riorganizzazione della rete dell'emergenza, potenziamento delle UTIN, realizzazione di rianimazioni pediatriche, attuazione della guardia 24h nei reparti pediatrici, centri territoriali di riabilitazione neuromotoria, omogenea distribuzione territoriale dell'assistenza pediatrica, centri di terzo livello. Oggi ciò è possibile solo attraverso un network pediatrico regionale, di cui tutti parlano ma che non ha mai iniziato a mettere ade-

quate fondamenta.

Il secondo punto è di tipo metodologico, ed è quello di attivare il coinvolgimento di tutti in una fase sia formativa che operativa attraverso corsi itineranti nelle singole province che permettano di mantenere sempre viva l'attenzione non solo agli aspetti scientifici e culturali ma anche, e soprattutto, alla verifica di quanto viene fatto sul piano assistenziale nei confronti delle particolari situazioni locali.

G.: Chi fa parte del nuovo CD e quale il loro intento?

F.: L'impegno perchè questi due punti trovino ampio spazio nell'attività di una SIP Regionale rappresenta la mia personale *mission* di cui mi son fatto carico accettando la candidatura a Presidente; *mission* che è condivisa anche dai consiglieri del nuovo CD, senza i quali sarebbe difficile da realizzare.

Ricordo che ognuno di essi ha indubbie doti di serietà professionale e morale, coerente con il principio ispiratore nell'accettare le loro candidature, ma hanno anche una forte volontà a lavorare e non di occupare scranni.

I nomi: Tommaso Aversa (Me), Pietro Di Stefano (Tp), Franco Di Pasquale (Me), Chiara Garraffo (Ag), Ferdinando Meli (Pa), Nitto Polizzi (Ct).

Intervista a Alberto Fischer



di Antonino Gulino

di Antonino Gulino

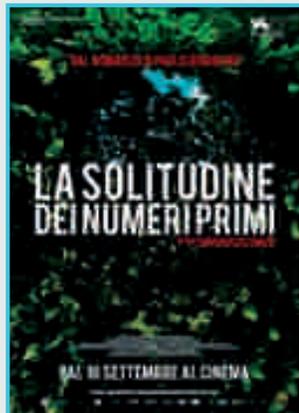
La solitudine dei numeri primi
Regia: Saverio Costanzo

Saverio Costanzo, uno dei registi più interessanti del nostro cinema giovane, si cimenta nella trasposizione cinematografica di uno dei best seller più originali di questi ultimi anni: *La solitudine dei numeri primi* di Paolo Giordano. Costanzo, con la collaborazione nella stesura della sceneggiatura dello stesso scrittore, modifica in parte l'intreccio del romanzo senza però tradirne il contenuto, riuscendo a descrivere bene la fragile psicologia dei due giovani protagonisti, magnificamente interpretati da Luca Marinelli e Alba Rohrwacher.

Il film racconta l'incontro ed il tormentato rapporto fra Alice e Mattia, due ragazzi segnati entrambi da un trauma infantile, evidenziato da lucidi e dolenti flash-back che ci aiutano a comprendere meglio la loro personalità, la loro difficoltà ad amarsi ed a costruirsi un futuro.

Un incidente esitato in una zoppia per Alice, ed il rimorso mai rimosso per aver causato la morte della sorella autistica per Mattia, hanno lasciato cicatrici così profonde da impedire ad entrambi di crescere, di guardare oltre il loro passato, prigionieri di una tragica infanzia. Ma il loro amore disperato, forse impossibile, ci suggerisce il regista, quasi a liberarci dall'angoscia della dolorosa quotidianità dei due ragazzi, è per loro l'unica via di fuga, l'unica opportunità per provare a superare il loro "male di vivere", per immaginare una vita adulta. *Cicatrici sulla pittura fresca* recita il titolo dell'ultimo congresso nazionale della Federazione dei medici Pediatri, cogliendo pienamente i rischi a cui sono esposti i nostri ragazzi, i nostri *numeri primi*, dimenticati in un universo di cartoni e video giochi, fragili ed incapaci di affrontare ogni ostacolo, figli di genitori mai cresciuti, egoisti e senza valori.

La speranza è che come i protagonisti del nostro film abbiano la capacità di andare oltre, di superare le proprie barriere interiori e di costruire qualcosa di diverso, di quello che noi adulti abbiamo loro offerto.



recensioni



UN TOPOLINO PER AMICO

di Bonny Becker, illustrazioni di Kady MacDonald Denton
Ed. Nord-Sud, € 14,00 e 14,50



BUONANOTTE ORSO

di Giusi Germenia

Sono una il seguito dell'altra, queste due piccole storie che descrivono con allegria, tenerezza, semplicità, il tema dell'amicizia per parlarne a un pubblico di piccolissimi lettori.

"Buonanotte Orso" di Bonny Becker, illustrato da Kady MacDonald Denton in libreria da ottobre 2010 e "Un topolino per amico", stessi autori, uscito nel 2009, si rivolgono ai bambini con un indovinato equilibrio tra testo e illustrazione ed una formidabile capacità di descrivere graficamente i personaggi accompagnata ad una narrazione delicata e accessibile in un compendio esemplare.

Piacciono immediatamente, insomma, e solo riconoscendo poi le piccole sfumature nascoste se ne comprendono i motivi.

Nella quiete della sua casa Orso non gradisce i tentativi di Topolino di fargli compagnia e combatte energicamente per rimanere tranquillo nella sua privacy. Ma il

piccolo amico riuscirà con costanza ad insegnargli il piacere dell'amicizia e il gusto dello stare insieme in modo sereno e riposante.

Così anche quando, nel testo successivo, Topolino turba il delicatissimo equilibrio del pre-sonno, e rompe l'incantesimo del rituale, libro-acqua-cuscino-berretto da notte, Orso, prima evidentemente contrariato, scoprirà invece il caldo rassicurante potere della compagnia reciproca.

In entrambi i testi, l'illustrazione gioca un ruolo fondamentale: sia le espressioni dei personaggi che tutta l'ambientazione scenica, mantengono una leggibilità particolare e divertente e insieme alla linearità della trama, realizzano un ottimo strumento di lettura a due. Ottimi da proporre in quei momenti straordinari in cui le parole e la magia della presenza adulta tranquillizzano i piccoli e li aiutano a scivolare delicatamente nel sonno.

DI GIAMOCELO...

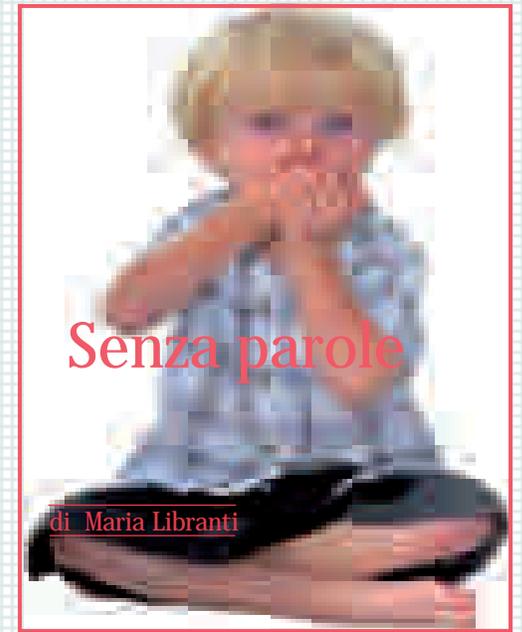
Mi dispiace deludere i miei pochi lettori ma è proprio successo di rimanere senza parole. Il "grillo parlante" di una rubrica dal titolo di per sé così eloquente, *digiamocelo*, si è ritrovato d'un tratto muto e sgomento. Come sempre capita quando mi accingo a scrivere per Paidos, trovo spunto dalla realtà che mi circonda per condividere con voi alcune riflessioni. Ma è proprio questa realtà, più stupefacente di ogni immaginazione, a lasciarmi *senza parole*.

Di cosa dovrei scrivere? Anch'io dovrei infierire con ulteriori commenti sul delitto di Avetrana? Il solo immaginare di leggere od udire un'altra volta l'espressione "la povera Sarah" riferito alla vittima di questa sordida vicenda, mi dà i crampi allo stomaco almeno tanto quanto la morbosa curiosità che la vicenda ha generato.

Forse potrei sottolineare il comportamento dei media che da settimane non fanno che "cannibalizzare" l'evento *povera Sarah*. Si sono toccati vertici d'indegnità mai raggiunti sin d'ora: mi aspetto da un momento all'altro il business della t-shirt che potrebbe raffigurare, con pari successo, il ritratto della vittima o quello dei suoi probabili carnefici. Del resto di cosa stupirsi quando si vive in un paese dove la gente organizza le gite domenicali nei luoghi dell'orrore. Da quelle parti potresti andare ad ammirare le meraviglie delle Grotte di Castellana o fare una gita tra i Trulli di Alberobello, ma vuoi mettere una foto ricordo - magari con il pupo in braccio - vicino al pozzo che occultava il cadavere oppure con lo sfondo impareggiabile del garage in cui la poveretta potrebbe essere stata uccisa?

C'è qualcosa da dire? Certo una 'grande esperta' come la moglie dell'ex calciatore Fulvio Collovati (di cui non ricordo - giustamente - il nome) insieme ad un'altra 'opinion leader' come la moglie di Stefano Tacconi (a stento ricordo il nome di

lui, portiere di non so quale squadra...figurarsi quello di lei) saprebbero intrattenerci un pomeriggio intero in uno dei vari salotti pomeridiani della Rai, ma io non riesco che a pensare



di Maria Libranti

come alcuni aggettivi siano spariti completamente dal nostro vocabolario, quasi che più nessuno ne conosca il significato: dignità, pietà, vergogna hanno più un senso in questa società?

Certo, ho anche visto, andando al cimitero per portare un fiore ai miei cari la zingara che, sotto gli occhi indifferenti dei vigili, rubava i fiori appena deposti sulle tombe per rivenderli prontamente ai nuovi avventori ed allora ho pensato: forse bisognerebbe coniarne di nuovi aggettivi? Come dare un nome a questo gesto, orribile per chi lo compie ma anche per chi lo subisce con tanta indifferenza?

Rientrando a casa, dulcis in fundo, ho sentito dire al Premier di questo paese alla deriva, che è preferibile essere appassionati di belle donne (meglio se minorenni) che essere gay. Che dire? Beh, lo confermo, sono proprio senza parole.

Il Rischio Neuroevolutivo. Rieducazione Neuromotoria, Percorso Riabilitativo e Neurosviluppo.

di Filippo Dipasquale

Introduco l'argomento rivolgendovi un quesito volutamente provocatorio: nel corso della pratica clinica quotidiana, consigliereste o prescribereste "un po' di antibiotico" ad un piccolo paziente che presenta una febbre da probabile infezione urinaria? Dubito si possa adottare un criterio clinico così poco appropriato. La scelta dell'antibiotico specifico segue la diagnosi, eventualmente supportata da test specifici (urino-coltura ed antibiogramma), secondo uno schema posologico che ne preveda anche la durata di trattamento, considerando inoltre la possibile insorgenza di effetti collaterali.

Ma, credetemi, estremizzando l'esempio che mi appresto a descrivere, la situazione ipotizzata si presta molto bene a riprodurre il caso in cui si indichi o si prescriba "un po' di fisioterapia" per un bambino che presenti un "ipertono agli arti inferiori", ancor più se sono presenti fattori di rischio nell'anamnesi perinatale. Tale approccio clinico ricorre ormai con una discreta frequenza e ritengo sia capitato anche a voi pediatri di famiglia, che presidiate l'avamposto dei percorsi sanitari che i genitori seguono per i loro bambini.

La questione assume aspetti ancora più confusi se si considera che "ipertono" è un sintomo, non una diagnosi - da solo, tra l'altro, segno neurologico non predittivo di un quadro clinico specifico di disturbo neuromotorio! - e tale segno clinico viene comunicato invece del sospetto diagnostico ai genitori del piccolo paziente, lasciati così a sostenere il peso di un'anomalia di importanza non misurabile che riguarda la salute del proprio figlio. Al tempo stesso, quel "po' di fisioterapia", nel mio quesito paragonata provocatoriamente ad "un po' di

antibiotico", si dovrebbe verosimilmente intendere come trattamento di rieducazione neuromotoria. Ma la rieducazione neuromotoria è uno tra i numerosi strumenti che in riabilitazione infantile fanno parte del Progetto Riabilitativo Individuale, costruzione strategica di un percorso in cui gli interventi sanitari e sociali della riabilitazione proposti per quel bambino (e quello soltanto!) sono finalizzati agli obiettivi. Infine, non ci si deve dimenticare del fatto che una qualsiasi forma di terapia, anche quando non specificamente intesa nel suo significato di "cura finalizzata alla guarigione", ha lo scopo di mirare al ripristino dell'omeostasi dell'organismo oppure, secondo i principi generali della riabilitazione, al recupero delle potenzialità residue funzionali dell'individuo.

Ammettendo che non è semplice, nè oltremodo appropriato, insistere nel confrontare i trattamenti di rieducazione neuromotoria in età evolutiva con la farmacoterapia o altro tipo di terapia di cui sono noti o ben sperimentati il meccanismo di azione e la sua efficacia di risultato, gli attuali orientamenti secondo la medicina basata sulle evidenze (EBM, Evidence Based Medicine) si oppongono a modalità di intervento di cui non sia stata provata l'efficacia, quindi anche nei confronti dell'uso improprio della "fisioterapia".

Nel 2001, un primo importante report della commissione di esperti dell'American Academy for Cerebral Palsy and Developmental Medicine (AACPD) ha operato una revisione sistematica dei lavori scientifici pubblicati sul tema della metodologia in rieducazione neuromotoria, valutando nello specifico il valore delle prove di evidenza scientifica dei trattamenti utilizzati in individui con Paralisi Cerebrale Infantile. Questa analisi ha riportato dati non proprio incoraggianti sull'efficacia di uno tra i più utilizzati metodi di rieducazione neuromotoria nel mondo, proposto dai coniugi Bobath negli anni '70 e oggi noto come NDT o NeuroDevelopmental Treatment. Secondo questo report, a parte un immediato effetto sul range di mobilità articolare, non esistono valide prove di evidenza che tale trattamento condizioni favorevolmente le risposte motorie o che faciliti un normale sviluppo motorio o migliori significativamente le abilità funzionali. Un trattamento più intensivo non sembra trarre miglior beneficio. I limiti sperimentali, per quanto osservato relativamente alla costruzione del disegno della ricerca, sono comunque importanti: campioni troppo esigui, modalità discordanti sull'applicazione del metodo di trattamento tra vari operatori, impossibilità a standardizzare tempi e modi nel setting riabilitativo e nella somministrazione del metodo o delle tecniche.

COME INTERVENIRE, ALLORA?

I metodi specifici di rieducazione neuromotoria in età evolutiva, ancor oggi utilizzati, furono studiati e proposti secondo principi fondati sulle teorie neuroevolutive e di neurofisiologia dell'epoca. Nella prima metà del secolo scorso, Phelps, Temple Fay, Doman-Delacato, Vojta, Bobath e tanti altri studiosi formularono approcci costruiti su principi di neurosviluppo fortemente influenzati dalla teoria maturazionista, in base alla quale la maturazione del SNC abilitava il proprio funzionamento secondo un'organizzazione gerarchico-riflessa (meccanismi riflessi motori gradualmente controllati da strutture superiori corticali). Il funzionamento neurologico nel primo anno di vita, secondo tale principio teorico, avrebbe dovuto essere necessariamente condizionato dalla sequenza pressochè rigida di tappe di maturazione delle abilità motorie che, gradualmente, avrebbero prodotto lo sviluppo neuromotorio completo. Formulando un esempio di anomalia, l'item "non tiene il capo" rappresentava all'esame motoscopico (Milani-Comparetti) la situazione di "tappa non acquisita", e tale condizione ha frequentemente condannato un bambino alla diagnosi di "ritardo psicomotorio".

L'evoluzione delle teorie sul neurosviluppo e l'approccio molto più decisamente "epigenetico", germogliato col progresso scientifico nel campo del neurosviluppo, permette oggi di condividere un concetto fondamentale per la comprensione del funzionamento del SNC in maturazione, definito "adattamento ontogenetico" (Oppenheim, 1981). Secondo tale principio, lo sviluppo ontogenetico del SNC permette, "step-by-step", una sua accessibilità età specifica al funzionamento. Tale funzionamento, inteso come acquisizione graduale delle abilità neuromotorie, si manifesterebbe come adattamento dinamico all'ambiente durante la maturazione ontogenetica, da osservare e valutare in relazione alla specifica età in cui il bambino si trova. E' corretto asserire però che non saranno le tappe motorie ("milestones") ad essere necessariamente performate in quell'epoca, quanto le potenzialità età specifiche a permettere l'acquisizione di quelle abilità neuromotorie, che saranno proprie dell'epoca sempre che l'adattamento sia realizzabile, in funzione sia delle condizioni individuali che ambientali. Pertanto, ne deriva che il bambino non potrà che acquisire delle abilità poichè si trova nelle condizioni neuroevolutive opportune.

Come riabilitatore mi piacerebbe affermare di avere a disposizione strumenti terapeutici in grado di condizionare in modo determinante

lo sviluppo dei patterns motori anormali, influenzandoli sensibilmente, a dispetto della lesione neurologica, verso un percorso favorevole di ripristino della normalità, con la rinascita di un appropriato sistema di controllo fisiologico che condizioni gli effetti della lesione sul funzionamento (motorio o di altro genere).

Un alto rischio neuroevolutivo o una patologia disabilitante in età evolutiva che interessi lo sviluppo del comportamento motorio e variabilmente le funzioni neuropsicologiche, ma necessariamente anche l'adattamento emotivo-affettivo e relazionale del bambino, altera il normale processo di acquisizione delle abilità neuromotorie. In tal senso, è necessario considerare che lo sviluppo del bambino rappresenta un processo globale e unico di acquisizione delle abilità neuromotorie e delle competenze relazionali: queste ultime, infatti, si avvalgono delle funzioni neuropsicologiche proprio per orientarsi verso l'armonica condivisione delle strategie che permetteranno l'adeguata relazione sociale del bambino.

In funzione di quanto precedentemente descritto, la prescrizione di "un po' di fisioterapia" dovrà necessariamente esser vista come "presa in carico riabilitativa", che dovrà essere trasformata in un Progetto finalizzato alla costruzione di interventi da designare a diverse discipline specialistiche, i cui operatori dovranno impegnarsi in uno sforzo di integrazione che si rende necessario al raggiungimento di un "Outcome Globale", che vuol dire "miglior risultato finale" di tutti gli interventi. Tale metodologia operativa è descritta nelle Linee Guida sulla Valutazione in Riabilitazione Pediatrica, emanate dalla Commissione di esperti nominata dal Ministero della Sanità nel 1997, in cui si sottolinea anche l'importanza della diagnosi precoce, del trattamento tempestivo e della sua valenza a carattere "olistico" - dovendo interessare nella presa in carico terapeutica il nucleo familiare e l'ambiente sociale del bambino - durante un lungo percorso dinamico di valutazione/trattamento/verifica. Ossia, gli obiettivi (outcomes), sulla base di una valutazione iniziale, dovranno obbligatoriamente essere ridefiniti nel corso delle verifiche periodiche dei risultati ottenuti al fine di riprogrammare nuovamente gli interventi.

Essere capaci di "accogliere" il bambino e i genitori guidandoli attraverso un iter lungo e impegnativo rappresenta il "goal" per un appropriato management del percorso in riabilitazione infantile, tenendo in debito conto il substrato socio-familiare anche sotto l'aspetto emotivo-affettivo: il bambino che cresce ha bisogno di sicurezze affettive anche per un normale sviluppo ontogenetico!

Il torcicollo parossistico dell'infanzia

Casi da ricordare...

di Raffaele Falsaperla e Alessandro Gulino

Il torcicollo parossistico benigno dell'infanzia (TPBI) rappresenta una condizione morbosa benigna ad insorgenza entro il primo anno di vita, autolimitante e sottodiagnosticata caratterizzata da ricorrenti episodi di deviazione del collo probabilmente secondaria a distonia cervicale e in assenza di altra causa organica.

Gli attacchi non sono preceduti da alcun segno premonitore, non hanno uno specifico fattore scatenante e si ripetono senza un ben determinato intervallo di tempo. Da sottolineare che nel periodo intercritico l'esame obiettivo neurologico è del tutto negativo. La durata degli episodi è estremamente variabile da 15gg a 2 mesi e tendono a risolversi solitamente entro i 5 anni. In alcuni casi al TPBI può subentrare la vertigine parossistica benigna dell'infanzia (VPBI) che rappresenta una variante dell'emicrania giovanile con esordio dai 6 anni di età in poi.

Descriviamo il caso di un piccolo di sesso maschile venuto alla nostra osservazione all'età di 22 mesi. Il paziente è nato a termine da parto cesareo e non vengono riferite dai genitori patologie perinatale degne di nota. Il piccolo ha retto il capo a 4 mesi, ha mantenuto la posizione seduta a 8 mesi ha retto la stazione eretta a 12 mesi e ha deambolato a 16 mesi. Riferito ritardo del linguaggio infatti all'età attuale di 22 mesi proficisce poche parole chiare.

Il piccolo ha presentato tre episodi (a distanza di un mese) caratterizzati da deviazione del capo verso sinistra, ipotonia generalizzata senza perdita della coscienza della durata di 30 minuti circa e per tale motivo è stato ricoverato presso un presidio ospedaliero cittadino e dimesso con diagnosi "eventi pa-

rossistici di probabile natura non epilettica". Durante il ricovero è stato sottoposto a EEG ed a RMN-encefalo risultati nella norma. Il piccolo è venuto al PS pediatrico della nostra UO di Pediatria perchè presentava una deviazione del collo verso sinistra con associato malessere generalizzato che si è risolto nell'arco di 40 minuti spontaneamente con un episodio di vomito. All'ingresso il piccolo presentava un peso, una altezza ed una circonferenza cranica sul 50 percentile. Durante il ricovero il piccolo ha eseguito le prove vestibolari, il fundus oculi e un Radiogramma baritato del tratto esofago-gastrico che sono risultati tutti nella norma.

Il TPBI rientra nella classificazione della International Headache Society (IHS) tra le *Sindromi periodiche dell'infanzia* possibili precursori comini dell'emicrania insieme all'empiegia alternante dell'infanzia, il vomito ciclico e l'emicrania addominale. La clinica è caratterizzata da episodi ricorrenti di inclinazione del capo da un lato, talora con lieve rotazione, a remissione spontanea. Tale condizione insorge in lattanti e bambini piccoli nel corso del primo anno di vita. I criteri diagnostici sono i seguenti:

- episodi accessuali con tutte le caratteristiche seguenti: inclinazione del capo da un lato (non sempre lo stesso), con o senza lieve rotazione della durata da minuti a giorni; remissione spontanea e tendenza a ricorrenza mensile

Durante gli attacchi, sono presenti uno o più dei seguenti sintomi e/o segni, pallore, irritabilità, malessere, vomito e atassia. Da sottolineare che l'esame neurologico è sempre negativo in fase intercritica. *Ki-*

mura ha ipotizzato che la causa del torcicollo fosse distonica evidenziando durante le crisi scariche elettriche con l'elettromiografo. Inoltre in un lavoro di Schertz su 101 pazienti con deviazione del collo primitiva o secondaria ha mostrato un maggiore rischio a sviluppare ritardo delle tappe motorie e nessun rischio a sviluppare ritardo cognitivo. A tutt'oggi il TPBI rimane una diagnosi di esclusione e non attribuibile ad altra condizione o patologia. L'atassia può insorgere in bambini di età più avanzata nell'ambito della fascia d'età affetta. Il decorso clinico prevede una possibile evoluzione in Vertigine parossistica benigna dell'infanzia o in Emicrania con aura.

La diagnosi differenziale deve essere posta con diverse entità cliniche come le crisi parziali semplici, la Sindrome di Sandifer, i tumori cerebrali, l'ascenso retrofaringeo, la spondilite cervicale piogena e la lussazione atlanto-occipitale o Sindrome di Griesel.

Il nostro caso mostra i segni caratteristici del TPBI anche se ne differenzia per un lieve ritardo semplice del linguaggio che può non essere correlato alla patologia in questione. Al contrario non vi è stato un ritardo motorio anche in contrasto con il lavoro di Schertz e questo può essere messo in relazione con la breve durata degli episodi critici di torcicollo. La diagnosi di TPBI presuppone un complesso iter diagnostico di esclusione poichè le cause sono diverse e ne condizionano la prognosi. Nel nostro caso le crisi di deviazione del collo hanno una prognosi buona scomparendo per la maggior parte dei casi verso i 5 anni di vita o evolvendo verso una forma di emicrania con aura.

Le complicanze gastrointestinali delle Paralisi cerebrali infantili

di Mariaconcetta Vitaliti

La paralisi cerebrale infantile (PCI) è definita come un disordine della postura e del movimento persistente, non necessariamente invariabile dovuto a lesioni non progressive del Sistema Nervoso Centrale (SNC), verificatosi in un periodo di rapido sviluppo del cervello stesso. La lesione non evolve ma è permanente non è possibile, quindi, nè guarirla nè rimuoverla.

Tra le possibili cause che provocano questa lesione in primis troviamo la nascita prematura, i meccanismi patogenetici sono rappresentati da fenomeni anossico-ischemico-emorragici in varia combinazione fra di loro.

Dal punto di vista clinico la PCI si classifica in diverse forme: a) forma spastica caratterizzata da un ipertono di base; b) forma ipotonica caratterizzata da un tono basso; c) forma atetoide caratterizzata da continue fluttuazioni di tono prevalentemente distali; d) forma coreoatetoide caratterizzata da movimenti disordinati veloci e a scatto; e) forma atassica caratterizzata da un'alterata coordinazione spaziotemporale del movimento.

I principali disturbi gastrointestinali sono rappresentati dalla disfagia, reflusso gastroesofageo, dolori addominali, stipsi, aspirazione cronica o episodica.

La disfagia, difficoltà nella deglutizione, è certamente la complicanza più frequente nella PCI. L'atto della deglutizione è un processo complesso che richiede la coordinazione di nervi cranici (n. trigemino, n. facciale, n. vago, n. ipoglosso, n. glossofaringeo), tronco cerebrale, corteccia cerebrale, muscoli della bocca, faringe ed esofago; qualunque anomalia che colpisce uno di questi distretti può determinare difficoltà alla deglutizione.

La diagnosi della disfagia è basata fondamentalmente sulla clinica è pertanto importante osservare il paziente durante il pranzo e per tutto la sua durata, la scialorrea eccessiva, la masticazione lenta o assente, la perdita di cibo dalla bocca per insufficiente controllo da parte della lingua, iper-estensione del capo sono tutti segni che indicano una disfagia più o meno importante.

Le conseguenze cliniche della disfagia sono date dalla malnutrizione dalla disidratazione e dalla patologia respiratoria acuta e/o cronica, nei casi di aspirazione silente la diagnosi

di disfagia può avvalersi della videofluoroscopia e della laringoscopia che consentono di confermare la presenza di aspirazione sospettata nell'esame clinico.

La gestione della disfagia richiede l'esperienza di un team multidisciplinare che comprende un medico esperto, un logopedista, un fisioterapista, un terapeuta occupazionale ed un dietista.

Il reflusso gastro-esofageo è stato associato a disfagia con una incidenza del 75% nei bambini con paralisi cerebrale è caratterizzato dal ritorno del contenuto gastrico dallo stomaco all'esofago con conseguente irritazione locale della mucosa esofagea fino ad ulcere vere e proprie.

La patogenesi è multifattoriale riconosce sia un inappropriato rilasciamento del LES che un ritardato svuotamento gastrico. Le manifestazioni cliniche si distinguono in tipiche, (nausea, vomito, rigurgito, alitosi, eruttazioni, precoce sazietà) ed atipiche (crisi distoniche, opistotono).

La diagnosi è basata sul quadro clinico, sulla PH-metria e sull'esofagogastroduodenoscopia. I farmaci usati per il trattamento sono fondamentalmente rappresentati dagli antiacidi e dagli inibitori della pompa ionica.

I dolori addominali possono essere legati a disturbi gastrici quali ipocinesia, sovra distensione o dilatazione gastrica; la dilatazione gastrica acuta può compromettere ulteriormente la respirazione per spostamento del diaframma verso l'alto, in questo caso è molto utile utilizzare semplicemente un sondino naso-gastrico ed effettuare manovre di svuotamento gastrico per favorire la fuoriuscita di aria.

I dolori addominali si possono associare altresì alla stipsi che nei bambini con paralisi cerebrale infantile può essere ostinata, la sintomatologia è caratterizzata da dilatazione intestinale cronica, crisi di dolore colico fino a quadri di pseudostruzione intestinale. Il trattamento preventivo è basato sull'uso di lubrificanti associati ad una dieta povera di scorie e ricca di acqua e ancora cicli di antibiotici per regolare la flora intestinale. Il trattamento della crisi acuta prevede l'uso di sonde rettali, rimozione di fecalomi, dieta priva di scorie, fino all'intervento chirurgico in caso di occlusione.

di Angelo Milazzo

Cibo “spazzatura” e dipendenza.

I cibi troppo grassi e zuccherosi creano dipendenza. L'obesità nasce quindi dalla brama di cibo che ha origine nel cervello e mette in moto lo stesso meccanismo da cui nascono le dipendenze da: droghe, internet, gioco d'azzardo, ecc.. Uno studio di un autorevolissimo Istituto di ricerca della Florida ha analizzato le reazioni di topolini di laboratorio dopo un mese e mezzo di alimentazione a base di bacon, salsicce, torte e cioccolato. I topi si comportavano come veri e propri drogati, e neanche una scossa elettrica alla zampa riusciva a tenerli lontani dalla vaschetta del cibo. I topolini sono diventati obesi e nel cervello il sistema della gratificazione necessitava di aumenti progressivi delle porzioni di junk food, nonostante le scosse elettriche propinate.

Cibo ed altri oggetti del piacere naturale stimolano quindi il sistema della gratificazione, ma non arrivano a sostituirsi e sovrapporsi alle sue funzioni. Curarsi da una dipendenza da cibo è quindi più facile, che non liberarsi dalle droghe vere e proprie.

Pazienti disubbidienti.

Gli ammalati o, nel caso dei pediatri, i genitori ed i care-givers dei bambini, spesso non sono diligenti. Trascurano di fare assumere i farmaci prescritti con la regolarità necessaria, non seguono i consigli del medico a proposito di alimentazione, attività fisica, fumo. Più propriamente si può parlare di “mancata aderenza alla terapia”, o di “scarsa compliance”. Il fenomeno induce danni enormi, sia sulla salute degli individui, sia sulle risorse destinate alla Sanità.

Il fenomeno sembra interessare i pediatri, in almeno il 50-60% delle loro prescrizioni. Ci possiamo consolare però considerando che i colleghi psichiatri sono afflitti dalla scarsa compliance dei “pazienti” nel 90% dei casi. Ancora più impressionanti sono i dati che dimostrano che circa un terzo dei pazienti non esegue correttamente neanche le terapie salvavita, come quelle prescritte agli ammalati dimessi dai Reparti di oncologia e di terapie intensive.

Una recente indagine pubblicata recentemente su *Circulation* riferisce come solo un quarto di tali dimessi riesca a modificare regime alimentare ed attività fisica.

Nel caso dei bambini, si potrebbe parlare di una forma particolare di maltrattamento per incuria. Ci sono i genitori testardi, quelli scettici, quelli presuntuosi, quelli semplicemente disat-

tenti, quelli che interrompono tutto all'inizio del miglioramento clinico: una sorta di “Sindrome di Munchausen”, al rovescio.

Vedere e toccare

In passato si è sempre pensato che gli stimoli esterni venissero prima elaborati nelle aree primarie del cervello, ad esempio i suoni nell'area uditiva, la vista nell'area della corteccia visiva, e così via.

Si pensava quindi che i segnali, una volta elaborati, venissero processati in aree associative, per dare luogo alla cosiddetta percezione multisensoriale. Quello che invece sta emergendo da recenti studi è che stimoli visivi e tattili possono essere integrati, anche senza essere percepiti coscientemente, e che l'integrazione possa avvenire, ad esempio, già a livello della corteccia visiva primaria. Questi studi hanno quindi dimostrato che le connessioni tra corteccia somatosensoriale e visiva possono sia essere create ex novo, sia essere un corredo naturale del sistema.

Altri studi hanno dimostrato che il nostro cervello, come San Tommaso, crede più a quello che vede o che tocca, che a quello che sa. Basta un'immagine distorta di un arto, ad esempio una mano ingrandita, per indurre una persona a compiere movimenti non rapportati alle dimensioni reali del corpo.

Varie.

- Gli scienziati impegnati nello studio delle cellule staminali del cervello, svolgono un lavoro improbo. Queste sono state identificate come un sottogruppo di astrociti, soprattutto a livello dell'area sottoventricolare e nell'ippocampo. Esse però si comportano da neuroni, sia pure in particolari stati funzionali. Quando gli scienziati riescono ad estrarre le staminali ed a metterle in coltura, riescono a far svolgere loro tante funzioni, come la rigenerazione di tessuti. Ma, quando le staminali vengono re-immesse nel cervello, esse non svolgono più le stesse funzioni. Il cervello si riconferma quindi come l'apparato più complesso del nostro organismo.

- Oltre una madre su tre, ma anche un padre su cinque, soffrono di almeno un episodio di depressione post-partum, soprattutto nel primo anno di vita. Il rischio di soffrire di disturbi depressivi persiste per entrambi i genitori, fino a che il figlio non abbia compiuto 12 anni. Il problema l'abbiamo sempre intuito noi pediatri, costretti ormai a confrontarci prevalentemente con patologie psichiche e comportamentali.

L'ultimo sogno nel primo dei giorni che restano

di Sergio Mangiameli

Improvvisamente non abbiamo il tempo che pensavamo di avere ancora. Come può cambiare la nostra vita in funzione dei figli, in un parallelismo molto simile a quanto avviene in natura, a patto che...

A un Tale di 48 anni viene diagnosticato un tumore avanzato nel pancreas. Tale è un ingegnere americano che esige la verità dai suoi medici, e i suoi medici gliela danno: pochi mesi, alcune settimane di vita. Tale si sente ancora forte, però; fa cinquanta flessioni sulle braccia; fa l'amore con sua moglie; prende in braccio le sue figlie piccole. Già. Tale non è solo, ha una famiglia. Allora per il poco futuro che gli resta, va indietro nel tempo e nelle foto di quando era bambino, trova i suoi sorrisi, solo sorrisi di una bella infanzia da ricordare. E da qui s'inventa il romanzo della propria vita, perchè ancora lui vive, e si fa invitare come relatore nelle conferenze a parlare del primo dei giorni che restano. Racconta di non rinunciare ai propri sogni, che se li sentiamo ancora dentro abbiamo il dovere di farli uscir fuori; racconta di vivere con coerenza, perchè è l'unico modo per veder realizzati i propri sogni; racconta che un sogno passa anche dal saper chiedere scusa, cioè manifestare il dispiacere, domandare scusa, cercare un rimedio. Alla fine, di fronte a un pubblico di centinaia di persone sull'orlo del pianto, confessa che tutto questo che sarà registrato, non lo fa per nessuno di loro. Tale lo fa solo per tre persone: i suoi figli, che possano rividerlo quando saranno più grandi. Ringrazia, s'inchina e va via sereno come nessuno delle centinaia di persone in piedi, in lacrime, che lo applaudono. Uno stralcio del documento è stato mandato in onda su La7, “Niente di Personale” puntata di domenica 17 ottobre scorso.

Il primo dei giorni che restano. L'unica differenza tra Tale e noi è che lui lo sa, quando andrà via. Noi no. Continuiamo a vivere pensando che non sia mai abbastanza, che ce ne sia sempre ancora, di vita davanti. Che capita sempre agli altri, di morire. Poi qualcosa accade, un inceppo nel cuore, un valore troppo alto nel sangue, un capogiro che non c'è mai stato, una caduta improvvisa. Ho visto Tazia, una giovane donna della mia età, di Catania, ma pediatra a Monza (eravamo stati compagni di classe...), iniziare a camminare male improvvisamente. Dopo una settimana le scrissero “astrocitoma”; il tumore a forma di stella, che è tipico dei bambini, lo stava subendo lei, che i bambini li curava. Al quattordicesimo giorno, Tazia si sedette sulla sedia a rotelle. Dopo nove mesi la stella diventò talmente grande nel suo cervello, che schiacciò il comando di morire. In

nove mesi. Lo stesso tempo che s'impiega per nascere. Tazia provò ad andare indietro nel tempo per tentare di riorganizzarsi il proprio breve futuro, ma non trovò gli stessi ingredienti di Tale. Le foto erano senza sorrisi. L'infanzia per lei era stata tutt'altro che bella. Non le era stato insegnato il senso di vivere, cioè la partecipazione, il qui e adesso, esserci e basta. Non aveva ricevuto il conforto che genera il sorriso.

Tazia come era impreparata a vivere, si ritrovò impreparata a morire. Non ci fu per lei il primo dei giorni che restano; se ne andò incredula, lasciando un figlio, ora ragazzo, a vagare nel mondo come un lupo fuori dal branco, privato dell'olfatto e cieco alle meraviglie.

Il primo dei giorni che restano può essere l'antidoto alla paura, all'insoddisfazione, allo stress o alla noia da stress. Il primo dei giorni che restano si può anche inventare per allenare sul serio i nostri figli alla vita e a quello che viene dopo. In natura ogni giorno può esser l'ultimo, e non c'è animale insoddisfatto o che non riesca a realizzare il proprio sogno. D'accordo, sono sogni piccoli, quelli della lupa: che i propri cuccioli non li mangi l'orso, che crescano in fretta e che imparino da lei a saper vivere. Darà tutto il suo impegno per crescerli. Insegnerà loro a vivere da lupi, senza far credere di poter diventare orsi; insegnerà dunque la coerenza del ruolo all'interno del branco, e anche a saper chiedere scusa al capobranco. Fatto questo, la lupa sa che il proprio sogno s'è realizzato e può morire serena. I cuccioli diventeranno lupi sicuri, con l'odorato fine e con la vista aguzza, sapranno conoscere le proprie forze e valutare le difficoltà della caccia, e saranno consapevoli soprattutto del proprio ruolo nel branco. I lupi ricorderanno gli insegnamenti della loro madre in ogni momento della vita, respirando e correndo come fosse il primo dei giorni che restano. Anche loro.

Ma, scusate, questo sogno piccolo, non è lo stesso sogno di Tale?



Allucinazioni uditive Sentire voci che non esistono

Gli studi raccolti dal professor Marius Romme, docente presso l'Università di Maastricht, condotti su 15 mila persone hanno evidenziato che una percentuale compresa tra il 2 e il 4% dell'intera popolazione è coinvolta da questo fenomeno. In particolare, questa percentuale è composta per due terzi da persone senza alcuna patologia psichiatrica.

Persone normali che hanno provato almeno una volta nella loro vita cosa vuol dire "sentire le voci". Chi ha provato l'esperienza dell'allucinazione uditiva a volte dunque lo nasconde anche alle persone più vicine. Ma è un atteggiamento errato: in questi casi, la paura di trasformare il proprio status in "paziente" può condurre a una vita interiormente isolata. L'obiettivo di questi due giorni di lavoro è anche far cadere un tabù: si possono "sentire le voci" e avere una vita del tutto soddisfacente. In alcuni casi cercare di eliminare le allucinazioni può addirittura essere dannoso.

Le "voci" infatti, non sono sempre negative e tantomeno spaventose: spesso si tratta d'invasioni gradevoli con cui è possibile stabilire una sorta di relazione che produce effetti positivi: «Alcune persone le vivono come una compagnia e si sentono sole se le perdono. E' decisivo non sentirsi sovrastati dalle proprie allucinazioni. Quando si riesce a non avvertirle più come un problema si smette di sentirne condizionati». Spesso - nel 70% dei casi - la causa è di origine traumatica, un evento particolarmente stressante a livello emotivo: una violenza sessuale, un'aggressione, una catastrofe naturale, un lutto. «Molto importante, e quasi mai semplice, individuare questo trauma. Rimane sepolto nella memoria della persona ed è apparentemente inaccessibile: di fronte a domande superficiali non emerge, lasciando all'esaminatore l'impressione errata che le voci non abbiano relazione con gli eventi di vita. L'impatto delle nostre esperienze sulla psiche è assolutamente soggettivo». Quando le voci sono sgradevoli, perché minacciose, o svalutanti, o danno ordini, diventano un problema. In questo caso bisogna contribuire a creare una maggiore consapevolezza e a rasserenare gli "uditori nascosti" - sottolinea il direttore generale dell'Ospedale Sacco Alberto Scanni. E anche le persone che sentono invece voci negative devono sapere che la sensazione di "invasione" che provano può essere limitata ed eliminata con l'aiuto dei servizi di Salute mentale, imparando a riconoscere l'origine delle proprie emozioni e ad accettare se stessi e la propria situazione. Il Centro Psicosociale di via Aldini dell'Ospedale Sacco, attivo da ormai più di trent'anni, è in questo campo un punto di riferimento nella zona. Da quasi due anni, inoltre, è stato creato un gruppo di supporto e mutuo aiuto dedicato esclusivamente agli uditori di voci.

<http://www.parlaconlevoci.it/index.php>

Tropi...fermenti! (ovvero...Vediamoci più chiaro)

I Probiotici per il trattamento di diarrea acuta infettiva
Da COCHRANE LIBRARY (Review content assessed as up-to-date: 10 August 2010.)

...*Gli episodi di diarrea acuta infettiva rimangono un importante carico di malattia in tutto il mondo, soprattutto nei paesi in via di sviluppo. Esse sono dovute a infezioni da parte di molti organismi diversi. La maggior parte degli episodi è auto-limitante e di solito le indagini non sono fatte per identificare l'agente infettivo. Il principale rischio per la salute è la disidratazione e la gestione mira a migliorare e mantenere lo stato d'idratazione. Tuttavia, i liquidi reidratanti, non riducono il volume delle feci né accorciano gli episodi di diarrea. I probiotici sono "amici" dei batteri perché ne migliorano la salute e non sono nocivi di per sé. Un certo numero di studi randomizzati controllati è stato prodotto per verificare se i probiotici sono utili nella diarrea acuta infettiva. Abbiamo esaminato la veridicità dell'affermazione secondo cui i probiotici sono utili in caso di diarrea acuta. Abbiamo identificato 63 studi, che comprendevano un totale di 8.014 persone - soprattutto neonati e bambini.*

I probiotici non sono stati associati con effetti negativi. Quasi tutti gli studi hanno riportato una riduzione della durata della diarrea e una ridotta frequenza di evacuazione nelle persone che avevano ricevuto probiotici rispetto ai controlli. Nel complesso, i probiotici hanno ridotto la durata della diarrea di circa 25 ore, il rischio della durata della diarrea di quattro o più giorni del 59% e hanno diminuito il numero di feci diarroidiche il 2° giorno dopo l'intervento. Tuttavia, c'è stata variabilità molto marcata dei risultati dello studio, e così queste stime sono approssimative.

Abbiamo concluso che questi risultati sono stati molto incoraggianti, ma ulteriori ricerche sono necessarie per individuare con esattezza quali probiotici devono essere utilizzati e per quali gruppi di soggetti oltre valutare il rapporto costo-efficacia di questi trattamenti".

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/clsysrev/articles/CD003048/frame.html>



INCONTRI PAIDOS 2011

15 Gennaio - Addensamenti polmonari

19 Febbraio - Terapie alternative: pro e contro

12 Marzo - La stanchezza muscolare

9 Aprile - La patologia nefro-urologica

10 Settembre - Le infezioni cardiache

19 Novembre - Patologie dell'addome

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 verificabili sul sito della Paidos al seguente indirizzo:

<http://www.paidosct.com>
e-mail: segreteriapaidos@tiscali.it

Nati per leggere

Qualche parola ancora (spero mai troppe), sul progetto "Nati per leggere" che rimette al centro della dimensione educativa di un bambino, per quanto piccolissimo, nientemeno che la lettura. Come è riportato nel sito della Associazione Italiana Biblioteche (fortemente coinvolta insieme alla Associazione Culturale Pediatri e al Centro per la Salute del Bambino), il cuore del progetto Nati per leggere è "promuovere una tutela del bambino più ampia in nome del suo diritto ad essere protetto non solo dalla malattia e dalla violenza ma anche dalla mancanza di adeguate occasioni di sviluppo affettivo e cognitivo". E continua affermando che "la stimolazione e il senso di protezione che genera nel bambino il sentirsi accanto un adulto che racconta storie già dal primo anno di vita e condivide il piacere del racconto è impareggiabile".

Alla base della iniziativa, dunque, c'è una forte alleanza tra chi si occupa di libri e chi si occupa di bambini, tra bibliotecari e pediatri. E il progetto ha individuato proprio nei Pediatri la categoria più adatta a sensibilizzare i genitori sulla grande importanza della lettura fin dai primi mesi di vita e soprattutto di quella lettura, mediata dalla voce degli adulti, di cui mamme e papà dovrebbero farsi carico senza attendere di delegare questo compito alla scuola (per quanto denominata primaria). Nessuno meglio del pediatra di base può essere il giusto veicolo di informazione, in quanto unico medico che incontra periodicamente i genitori per rassicurarli sulla giusta crescita dei loro piccoli, e quindi non solo nell'ansia della malattia, ma nei diversi momenti dell'accudimento in senso nutrizivo, curativo e psichico.

Il progetto sta conoscendo in tutta Italia un momento di grande attività: fioriscono ovunque seminari, incontri, studi condivisi tra i diversi soggetti che a vario titolo convergono la loro attenzione sui temi del leggere bambino: editori, bibliotecari, medici, psicologi, pedagogisti etc. La nostra isola, come spesso accade sotto i nostri occhi stupiti e rassegnati, assiste sempre a ritardi nella diffusione delle iniziative nazionali oltre a soffrire di una ormai cronica assenza di fondi economici per affrontare la strutturazione di progetti. "Nati per leggere" non ha fatto eccezione: è perduto tra iniziative episodiche e poco incisive che alternano interesse a lunghe pause di silenzio. Sarebbe auspicabile consorzarsi in attività spontanee, di ricerca e collaborazione, affinché più operatori possano rendersi conto della validità della iniziativa e premere dal basso per una più capillare distribuzione di notizie e strumenti. Sarebbe auspicabile semplicemente occuparsene. Bastano anche piccoli segni: libri o lettori nelle sale d'aspetto, ad esempio, manifesti informativi, competenza professionale anche nel campo dei libri, consigliare letture giuste al momento giusto, contatti con le biblioteche e quant'altro.

Ci si può informare ed aggiornare attraverso il sito: www.natiperleggere.it

Localmente poi, anche incontrandosi, si potrebbe cercare una strategia comune!