

Siamo felici di esporre le due seguenti "inserzioni", quella di Luigi Greco per l'Uganda e quella di Franco Passalacqua per Emergency. La prima è una relazione quasi incredibile, la seconda è un annuncio e una proposta.

**FACOLTÀ DI MEDICINA DELL'UNIVERSITÀ DI GULU-UGANDA
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II
PROGETTO DI COLLABORAZIONE INTER-UNIVERSITARIA "GULUNAP"**

COME È SORTA LA FACOLTÀ DI MEDICINA DI GULU

L'Università di Gulu è stata istituita nel 2002 con il desiderio di aprire una Facoltà di Medicina. Nel dicembre 2003 l'Ambasciata italiana in Uganda e l'Ufficio della Cooperazione hanno comunicato la disponibilità di un Fondo di Contropartita dalla donazione e vendita di una partita di riso italiano, per l'ammontare di circa 790.000 dollari. Il Rettore dell'Università di Gulu, il professor Nyeko Pen-Mogi, e il professor Luigi Greco hanno concluso con le Autorità ugandesi l'approvazione della Facoltà. La firma è stata apposta il 22 dicembre 2003. La Facoltà è partita circa 10 mesi dopo l'approvazione del progetto di Greco.

STUDENTI

50 sono gli ammessi con Borsa di Studio del Governo ugandese, 10 i privati. Gli studenti sono selezionati attraverso un Concorso Nazionale, sono alloggiati in una Residenza, ancora in via di completamento. Hanno a disposizione una biblioteca con i libri più recenti. Per facilitarne la mobilità tra Campus e i due poli ospedalieri un italiano ha acquistato 60 biciclette.

DOCENTI

La Facoltà è composta da circa 30 docenti suddivisi in tre categorie: il preside, un preside associato italiano, due vice presidi, 7 direttori di Dipartimento e lettori, 4 docenti a tempo pieno, 7 lettori con Specializzazione (medici con titolo di Master), 11 assistenti, un tecnico nel settore di Anatomia e 2 tecnici di laboratorio. Sono tutti giovani (28-45 anni), laureati all'Università di Makerere a Kampala, con preparazione di tipo inglese e con molto entusiasmo.

SPAZI

È stata costruita *ex novo* su strutture fatiscenti dell'Ospedale di Gulu una struttura totalmente dedicata alla didattica, composta da 4 edifici che comprende: un'aula da 80 posti, attrezzata con proiettori da PC, un'aula multimediale con 25 postazioni di computer, una sala Settoria, con 25 tavoli e 10 cadaveri umani fissati in formalina, un Laboratorio di Istologia e Biologia, una biblioteca, la Presidenza, la Segreteria, uffici, servizi, una Board Room per i docenti. Presso il secondo polo della Facoltà, il St. Mary's Hospital di Lacor, a 6 km, sono pronte le seguenti strutture didattiche: un'aula magna da 500 posti e due aule da 60, una bibliote-

ca completamente attrezzata e fornita di libri e riviste mediche, un'aula multimediale (che dovrà contenere 25 PC donati dalla Provincia di Napoli), un Laboratorio di Biochimica e Microbiologia (da attrezzare), una stanza per Epidemiologia e Biostatistica, una Segreteria per studenti e docenti.

STRUTTURE CLINICHE

L'Ospedale regionale di Gulu era, l'anno scorso, in pessime condizioni di gestione, ma negli ultimi 12 mesi, per opera italiana, sono state rinnovate le strutture di Ortopedia e il Laboratorio Ortopedico, Maternità e Ginecologia, Pediatria e Nutrizione.

Sono in corso di rinnovamento la Radiologia e il Laboratorio.

Il St. Mary's Hospital di Lacor ha invece strutture all'avanguardia per l'Uganda, con il più grande Dipartimento di Pediatria del Paese, grandi strutture mediche, chirurgiche e diagnostiche (circa 700 letti, decine di migliaia di ricoveri/anno), Scuole professionali per Infermieri e Tecnici.

ATTREZZATURE

Mediante il progetto "GULUNAP" sono state acquistate numerose attrezzature, tra le quali: 25 computer con rete locale (+ 25 PC da parte della Provincia di Napoli); 30 microscopi ottici e 2 microscopi con videocamera, microtomo, stufette; spettrofotometro, pHmetro, centrifughe, bilance, incubatore ecc. per biochimica; una macchina per trasporto dei docenti.

PROFESSORI ITALIANI IN MISSIONE DIDATTICA

I docenti italiani svolgono Corsi compatti della durata di circa 4 settimane, in stretta collaborazione con i docenti ugandesi.

PROGRESSO DEI CORSI

Le attività didattiche sono iniziate con entusiasmo: gli studenti sono molto motivati, curiosi, con espressa volontà di apprendere il massimo. Hanno una notevole resistenza ad attività continue. Sono attualmente in svolgimento, anche con supporti multimediali, corsi di: Chimica e Biochimica (prof. Antonio dello Russo, Federico II); Biologia Molecolare e Genetica (prof. Stella Carlomagno, Federico II); Anatomia e Fisiologia (4 docenti ugandesi); Biostatistica (prof. Luigi Greco, Federico II); Metodologie didattiche in Medicina per docenti e studenti (prof. Luigi Greco).

Prof. Luigi Greco

PEDIATRI PER EMERGENCY

Un piccolo gruppo di pediatri si è riunito l'anno scorso a Perugia per un breve corso pratico sulla "Pediatria nel mondo povero". Il corso si ripeterà quest'anno in due successive edizioni, una di nuovo a Perugia, in febbraio, e un'altra in autunno, a Orvieto, in occasione della riunione annuale di Emergency. Il corso è gratuito e chi fosse interessato, per questo e per ogni altra informazione, può scrivere a: franzisbe@yahoo.it.

Lo scopo del corso è quello di preparare chi volesse fare un'esperienza di lavoro sul campo, in Afghanistan, in Sierra Leone o in Sudan, (cioè in tre dei numerosi ospedali di Emergency dove è nata, o sta per nascere, una sezione pediatrica, o ostetrico-pediatrica). Inoltre, c'è l'ambizione di costruire una continuità culturale tra quelli che partono e quelli che restano, mettendo in comune le conoscenze e cercando di implementare, dove sarà possibile, nei luoghi di lavoro, anche una politica continuativa di Pediatria preventiva e di base.

Finora tre di noi hanno fatto questa esperienza: il dott. Andrea Porcu di Sassari, il prof. Franco Panizon di Trieste, il dott. Alberto Calligaris di Tolmezzo, che in questo momento è ancora là ad Anabah, nel Panshir (Afghanistan) e che giusto ora ci scrive:

«Come informazione ai pediatri interessati, dopo quasi due mesi qui, confermo che vale assolutamente la pena di venirci, dal punto di vista professionale (anche se spesso emotivamente stressante, almeno per me) e dal punto di vista umano. È un'esperienza imperdibile; il contesto locale di Emergency, almeno nel mio caso, è più che gradevole, e qui in Panjshir, in questo periodo, in cui pure

altrove in Afghanistan c'è stato qualche problema, siamo stati sempre del tutto tranquilli».

Emergency (tutti la conoscete, almeno di nome) è un'associazione che lavora sul campo, in ospedali propri, in Iraq come in Cambogia, in Afghanistan come in Africa (Sierra Leone, Sudan, Angola), là dove c'è una emergenza sanitaria, che sia un'emergenza di guerra o che sia soltanto l'emergenza quotidiana della fame, della malattia e dell'alta mortalità infantile (quasi sempre figlie della guerra). È finanziata esclusivamente da contributi volontari e spende per il sostentamento di se stessa meno del 5% del suo bilancio. Emergency è, prima di tutto, un'associazione che si batte, dovunque, per la pace e per i bisogni dei più poveri tra i poveri.

Emergency offre ai pediatri che lo desiderano, e che ne abbiano i requisiti (valutati sulla base di un curriculum e di alcuni test), di lavorare con una retribuzione in una delle sedi indicate, per un periodo non inferiore ai 3 mesi. Una buona conoscenza dell'inglese è necessaria. Per i medici ospedalieri c'è la possibilità di ottenere un comando. Per i pediatri di famiglia c'è la possibilità di ottenere un'interruzione del servizio con la possibilità di retribuire un sostituto. Per gli specializzandi dal terzo anno di corso in su potrà essere possibile firmare una convezione tra la Scuola di specialità ed Emergency.

Per ogni comunicazione:

e-mail: franzisbe@yahoo.it; telefono: 0755723650

Franco Passalacqua, Pediatra, Perugia

PANDAS e dintorni

Seguo un bambino che sospetto essere affetto da PANDAS. La sua storia è questa: A. ha 7 anni, finora in abs, agli inizi di settembre sono comparsi dei tic che consistevano nello strizzamento e strabuzzamento degli occhi. Allora non mi erano stati riferiti sintomi riconducibili a un'infezione da streptococco beta-emolitico di gruppo A (SBEGA), aveva solo un po' di tosse e comunque il faringe era deterso; il "tipino" è un po' ansioso, un po' perfettino, e così ho detto ai genitori di non preoccuparsi e di non sottolineare la cosa, sperando che la sintomatologia avesse la buona creanza di scomparire da sola.

Non l'ha fatto e il 17 settembre A. ritorna con un aggravamento dei sintomi: adesso non strabuzza gli occhi, li strizza soltanto, ma solleva anche le spalle e, ultima notizia, la madre una volta ha notato anche l'accenno di un movimento delle braccia; non vi sono particolari modificazioni caratteriali, niente di ossessivo-compulsivo, nessuna iperattività motoria; se è osservato, o se compie un'attività particolarmente

impegnativa, si accentuano i tic, nessuna coprolalia. Nessun sintomo di infezione da SBEGA; soltanto un paio di mesi fa ha avuto un giorno di febbre con mal di gola, risoltosi senza terapia. A questo punto ho richiesto esami del sangue e coltura tampone faringeo; quest'ultimo è risultato negativo, gli indici infettivi non si sono mossi ma il (maledetto) TAS è oltre mille (1094). Che fare?

Per adesso, d'accordo col primario di Pediatria del mio ospedale di riferimento, abbiamo iniziato la profilassi con 1.200.000 UI di benzatin-penicillina ogni 21 giorni, ma ho letto che potrebbe non bastare, che potrebbero essere più efficaci le Ig endovena o la plasmateresi. Ho fatto una semplice ricerca sul sito di *Medico e Bambino* e ho trovato un articolo di "Pediatria per l'ospedale" che parlava di PANDAS. È un caso clinico, ma non capisco una cosa: tra i criteri clinici per identificare un PANDAS vi è l'insorgenza prima dei 3 anni o durante la pubertà; questo escluderebbe il mio paziente dal novero dei casi di PANDAS, ma anche il caso clinico riportato riguarda un bambino di 8 anni, come si spiega? E

poi un po' di domande: di solito quanto tempo passa dall'infezione da SBEGA all'insorgenza dei sintomi? Gli indici infettivi nella malattia reumatica si muovono alquanto nel PANDAS, no? Vi sono altre tecniche diagnostiche (neuroimaging, la ricerca di particolari antigeni dei linfociti B come il D8/17, altri valori ematochimici alterati o anticorpi particolari)? È indispensabile l'ospedalizzazione (il bambino si sente obiettivamente bene)? Quando si passa dalla semplice profilassi con penicillina alle Ig ev o alla plasmateresi? E con quale protocollo? Per quanto tempo continuare con la profilassi penicillinica? E, infine, *last but not least*, vi sembra un PANDAS quello del mio paziente?

Temo di sottoporre il mio piccolo paziente a inutili e dolorose iniezioni e la famiglia ad ansie immotivate. Sto cominciando a cercare letteratura sull'argomento e, dai primi abstract che ho potuto leggere, sembra che questa entità clinica sia ben lungi dall'essere dimostrata, per cui chiederei a chi ne sa più di me: che incidenza sembra avere questa entità clinica? Sto andando a caccia di farfalle oppure dovrem-

mo ricercare una recente infezione da SBEGA nei nostri piccoli pazienti che presentino comparsa di tic o altre manifestazioni neuropsichiatriche?

Grazie per la vostra pazienza e cortesia, da me e dal mio piccolo assistito.

**Gaetano Musco, Pediatra di famiglia
Gattinara (VC)**

Nel numero di settembre 2004 di "Medico e Bambino", tra gli editoriali "tecnici", trovate una revisione e un tentativo di riordinare di tutta la gamma delle manifestazioni neurologiche post-streptococciche, che vanno dalla corea di Sydenham (CS) alla ultimogenita PSADEM.

Sono tutte caratterizzate dalla presenza di autoanticorpi anti-gangli-della-base, ABGA, e da un interessamento anatomo-clinico di questi ultimi.

La componente clinica è rappresentata dai sintomi extrapiramidali specifici delle lesioni dello striato e di aree adiacenti, cioè dalla comparsa (di regola non graduale, o comunque a esordio rapido) di manifestazioni motorie "disinibite" (corea a tic), associate in genere a disturbi del comportamento e del senso di sé: un comportamento ossessivo-compulsivo e un atteggiamento ansioso. Questo produce una gamma di disturbi con sfumature cliniche diverse, con età statisticamente diversa, con autoanticorpi di peso molecolare statisticamente diversi e con età di insorgenza statisticamente (ma solo statisticamente) diverse.

È difficile dire se il suo bambino (come si potrebbe dire per ogni bambino con una sintomatologia ticcosa clinicamente rilevante a insorgenza più o meno improvvisa) rientri o non rientri nella gamma, clinicamente e patologicamente sfumata, e ancora in cerca di una tassonomia ben definita, delle encefalopatie post-streptococciche.

Alla domanda specifica di quante siano le PANDAS riconosciute o riconoscibili come tali, la risposta è "poche", concettualmente nessuna per la quale non sia possibile effettuare un dosaggio degli ABGA. In genere, nelle forme della letteratura, il tampone è positivo (come per indicare che lo streptococco A è ancora presente per sollecitare una attiva risposta autoimmune, ma chiaramente siamo nell'ambito di una patologia post-infettiva, e dell'infezione è indispensabile soltanto che ci siano le tracce. Nel caso che Lei ci propone c'è il titolo molto alto, un particolare che mi sembra difficile da trascurare, anche se né per la gravità (moderata) né per la complessità dei sintomi (apparentemente povera) né per l'esordio (non brusco), il quadro non suggerirebbe la possibilità di un inquadramento definito. Ma chi può dirlo? Per ogni porzione di iceberg emersa, ce ne sta sempre una molto maggiore sott'acqua.

Non farei esami di "imaging" che servirebbero solo a dare un'etichetta inutile al paziente (vedi la lettera "Testo, contesto e metodo" pubblicata sul numero di novembre 2004); ma, francamente, proseguirei il trattamento con penicillina per qualche mese senza fare niente di più, che sarebbe inutile per l'aspetto infettivologico (d'altronde solo presunto) e improponibile per l'aspetto clinico-neurologico (non invalidante). Una profilassi a lungo termine mi sembrerebbe francamente eccessiva: al massimo una sorveglianza (con tampone) delle ricadute tonsillari per un trattamento tempestivo.

NB. Tutte queste ultime considerazioni "non farei" "proseguirei" ecc., sono solo l'espressione di un modo di porsi personale, criticabile, in assenza di qualunque consenso, EBM o linee guida sull'argomento.

F.P.

Ancora alitosi

Torna su *Medico e Bambino* di ottobre 2004 il problema "alitosi". Non so se sarò destinatario del carteggio che Lei si è proposto di girare, fra gli altri, anche ad alcuni odontostomatologi, ma vorrei suggerire comunque una risposta al problema. Sia il collega Della Giustina sia Lei avete citato le cause più frequenti: sinusite, tonsillite, problemi dentari. La letteratura sostanzialmente conferma. Ma allora, che problema c'è? Esiste un pediatra che non sa gestire una sinusite o una tonsillite, oppure un dentista che non sa curare le carie? Evidentemente questa visione del problema, pur corretta, non è sufficiente a risolverlo, anche alla luce del fatto che molte mamme lo riferiscono in bambini sani e senza carie.

A mio parere il problema non va ricercato in rare patologie specialistiche di nicchia, ma solo inquadrato diversamente. L'alitosi occasionale non costituisce un problema come non lo sono, se occasionali, l'OMA, la parotite, la rinosinusite, la tonsillite, la tosse: lo diventano se il problema ricorre, e diventa OMAR, parotite ricorrente, ostruzione nasale cronica, tonsillite "semi-chirurgica", tosse cronica. Così accade se l'alitosi, in sé banale, è quotidiana.

A mio parere, come per le altre patologie pediatriche summenzionate refrattarie al trattamento, la soluzione può stare in bocca.

Al dentista, però, non va chiesto (solo) di curare le carie, ma di sincerarsi dell'esistenza di uno schema di respirazione orale primaria (Le piace l'acronimo ROP?), e di una malocclusione, che possono intervenire come concausa di molti quadri pa-

tologici considerati causa di alitosi, e soprattutto della loro ricorrenza e cronicizzazione, pur in presenza di ottime cure di ottimi colleghi.

Nella patogenesi delle rinosinusiti croniche è da tutti accettato il ruolo dei "disturbi di ventilazione". Fra questi talvolta si trascura l'ipotesi puramente di funzionale, cioè la presenza di uno schema respiratorio orale anziché nasale, specie di notte quando la vigilanza individuale cade. In pratica, lo schema interpretativo abituale è: il naso è chiuso, quindi il paziente è costretto alla respirazione orale.

Terapia: apriamo il naso (mucolitici, cortisonici, adenoidectomia ecc.). Esiste però anche la possibilità che il bambino abbia acquisito primariamente, per vari motivi, uno schema respiratorio orale. In pratica è possibile che tenga abitualmente la bocca aperta, ma non perché il naso è chiuso. In questi casi l'aria inspirata, potendo scegliere due vie di ingresso, per un principio di meccanica dei fluidi preferisce il transito a minori resistenze, cioè quello attraverso a bocca. Questo, oltre a facilitare con il salto dei filtri nasali varie patologie della gola, esclude la ventilazione nasale, e configura il "disturbo di ventilazione". In questi casi, quindi, il naso si ammala secondariamente.

Una considerevole quota di aria inspirata salta il fisiologico filtro costituito dall'epitelio nasale ciliato e investe la gola, irritandola cronicamente, dapprima con meccanismo fisico ("tonsillite fisica"). Il respiro orale genera la secchezza della bocca, eliminando il ruolo difensivo e "detergente" della saliva.

Nei questionari proposti per l'apnea ostruttiva nel sonno (OSAS), la domanda sull'alitosi c'è sempre, e l'OSAS è spesso collegata all'ostruzione nasale e all'ipertrofia adenotonsillare. Mi permetto di ricordare che ho prodotto il primo, e a tutt'oggi credo l'unico, studio caso-controllo che dimostra l'efficacia dell'approccio per via occlusale sull'OSAS del bambino. La soluzione dell'alitosi in questi casi è stato un riscontro pressoché costante.

Non so se il GER può avere una relazione con l'alitosi. So però che a volte il GER è secondario all'apnea ostruttiva, per la depressione inspiratoria che si genera nelle vie aeree e che, a seguito dell'ostruzione a livello faringeo, si trasmette nell'esofago e nello stomaco.

Non riterrei illogico che, nei casi più gravi di un continuum patologico, assieme al contenuto (GER) venga risucchiata anche una parte del contenitore (vedi l'ernia iatale osservata dal collega Della Giustina). Se non è secondaria al GER, in questi casi l'alitosi può essere secondaria all'OSAS e/o alle problematiche respiratorie connesse.

Bibliografia

1. Villa MP, Bernkopf E, Pagani J, Broia V, Montesano M, Paggi B, Ronchetti R. Consultant orthodontist. Randomized controlled study of an oral jaw positioning appliance for the treatment of obstructive sleep apnea in children with malocclusion. *Am J Respir Crit Care Med* 2002;165(1): 123-7.
2. Bernkopf E, Broia V, Ana Maria Bertarini, Polcino P. La respirazione orale e il ruolo della malocclusione. *Medico e Bambino* 2002;2:107-12.
3. Bernkopf E, Macri F, Broia V, Rossi FP. Reflusso gastroesofageo e malocclusione dentale. *Il Medico Pediatra* 2002;11:286-7.
4. Arad-Cohen N, Cohen A, Tirosh E. The relationship between gastroesophageal reflux and apnea in infants. *J Pediatr* 2000; 137(3):321-6.

Edoardo Bernkopf, Parma-Vicenza-Roma
e-mail: edber@intersoft.it

Molte grazie per questo contributo che, nella mia ignoranza, condivido. Ho ricevuto anche altri contributi per via solo verbale su questo tema, autorevoli, di cui si richiama l'attenzione anche sulle allergie alimentari. Ci dovremo ritornare.

F.P.

Sorrisi

Caro Medico e Bambino, ti voglio rassicurare: la continuità assistenziale organizzata dai pediatri di famiglia nel territorio mestrino non ha ovviamente desertificato i letti ospedalieri. Non capisco come si possa pensare che il far svolgere qualche ora di ambulatorio in più ai pediatri di famiglia possa influire sui ricoveri che hanno motivazioni sociali e sanitarie molto diverse dalle attività territoriali. Si pensa davvero che i pediatri ospedalieri ricoverino per poter avere qualcosa da fare e quindi mantenersi il ricco e privilegiato ruolo che il SSN gli assegna!

Grazie per avermi fatto sorridere!

Giovanni Montesanto, UO di Pediatria, Mestre

Sono contento di averLa fatta sorridere, che non è così facile di questi tempi. E neanche l'argomento non è tanto divertente (e forse anche un po' più complesso).

Per i lettori, il riferimento del dottor Montesanto è all'Editoriale di ottobre su "Ospedale e Territorio".

F.P.

Test del sudore

Come tutti i mesi, ormai da anni, ho letto l'ultimo numero della Rivista e, come tutte le volte, ho tentato di rispondere ai quiz di autovalutazione, esercizio che io trovo molto utile per valutare se ciò che si è letto si è anche capito e/o se qualcosa è appreso.

Orbene, sono rimasto perplesso nel vedere la risposta esatta alla domanda numero 14, riguardante l'ABC sul test del sudore. Io avevo dato la risposta f, mentre quella giusta sarebbe la c.

Mi è sembrato non giusto, visto che nel testo è scritto che sia il sodio che il cloro dovrebbero essere aumentati nel campione e quindi questa non dovrebbe essere la risposta scorretta che la domanda chiede di individuare.

Sono fuori strada? Mi potreste dare un chiarimento?

Giovanni Cosimo Indirli
e-mail: gindirli@libero.it

Caro dottor Indirli e cari tutti, è certamente come dice Lei e il nostro è semplicemente un errore. Di solito ci stiamo molto attenti, ma qualcosa scappa sempre.

Grazie dell'attenzione con la quale ci legge, e grazie della segnalazione.

F.P.

LCA

Vorrei fare una puntualizzazione su uno dei segni clinici minori della LCA e la ridotta e dolorosa abduzione delle cosce a paziente supino quando è assente il segno di Ortolani.

Questa semplice manovra può essere erroneamente interpretata, e indurre a valutare come patologico ciò che in realtà non lo è. Quando il piccolo paziente viene posto in una posizione supina spesso piange, perché, sentendosi in equilibrio instabile, ha paura di cadere e, per un istinto di autoprotezione, mantiene le cosce addotte, contraendo così i muscoli adduttori di esse, cioè gli antagonisti della manovra da eseguire.

La resistenza che oggettivamente rileva l'esaminatore, e il dolore soggettivo del piccolo, sono dovuti in questo caso a cause neuromuscolari e non osteoarticolari. Bisogna allora ricorrere a un'altra semplice manovra, ponendo il paziente in una posizione prona, "a rana" (cosce flesse sul tronco e gambe flesse sulle cosce). Il bambino in questo modo non piange o piange molto di meno, perché si sente in equilibrio più stabile e più sicuro e, di con-

seguenza, rilascia i muscoli adduttori. Quindi si afferrano le cosce del bambino, gli si solleva il tronco dal piano d'appoggio e si imprimono lievi movimenti di flessione-estensione a mo' di fisarmonica. Se con questa manovra il bambino non piange e non oppone resistenza, si ha un'escursione valida che esclude quasi certamente problemi articolari coxo-femorali.

Se invece piange ugualmente e oppone la stessa resistenza che ha mostrato in posizione supina, vanno eseguiti gli esami strumentali del caso.

Ennio Cupaiolo, Pediatra di base
Montedodorio (CH)

Grazie a Lei.

F.P.

Ecografia dell'anca

Vi scrivo, riferendomi alla rubrica di "Domande e Risposte" del numero di settembre 2004 (pag. 521), per segnalare alcune imprecisioni che vorrei venissero chiarite.

Il metodo di tipizzazione ecografica delle anche, messo a punto da R. Graaf, è molto schematico e molto preciso, anche se si vuole eccessivamente rigido. Il metodo prevede che le anche di tipo 2b, identificate come ritardo di ossificazione, si identifichino come tali solo a partire dal terzo mese di vita.

Quindi, a 2 mesi di vita le anche immature si codificano come tali se appartengono alla categoria 2a. In questa classe esistono due sottogruppi; il tipo 2a+ viene considerato fisiologicamente immaturo, e quindi non trattato; il tipo 2a- viene considerato patologicamente immaturo e quindi inviato allo specialista ortopedico per la terapia del caso.

Mi permetto inoltre di segnalare che, nella mia esperienza che data ormai oltre 15 anni con una casistica di circa 12.000 bambini, le anche di tipo 2b maturano quasi tutte spontaneamente, senza bisogno di attuare alcuna terapia con divaricatore.

Giancarlo Calligari, UO di Pediatria
Ospedale "Sacra Famiglia", Erba (Como)

Grazie per la sua, molto corretta, puntualizzazione. Va precisato, però, che il quesito originale era il seguente: "anca 2b bilaterale all'ecografia; età 2 mesi. Il radiologo consiglia anche una radiografia. Serve a 2 mesi? Mutandina divaricatrice o divaricatore tipo Pavlik? Per quanto tempo?" La mia risposta al quesito è stata: "un'anca 2b bilaterale a due mesi di vita potrebbe essere anche un'anca immatura". Il "po-

trebbe essere" della risposta significava le seguenti cose:

1. un'anca di tipo 2a+
2. un'anca di tipo 2a-
3. un'anca di tipo 2c

Questo, infatti, sia perché il tipo 2b si classifica tale oltre il terzo mese di vita, come Lei giustamente sottolinea, e il bimbo in questione aveva due mesi, sia perché non vi è alcuna indicazione ai valori angolari, che ci sarebbero indispensabili per catalogarla come un tipo 2a o un tipo 2c.

Ecco perché nella risposta consiglio una mutandina tipo Gio (nel dubbio si tratti di

qualcosa di più serio di un'anca 2b) e soprattutto una nuova ecografia all'età di tre mesi di vita.

Mi fa piacere che tutte le anche di tipo 2b nella sua casistica maturino quasi tutte spontaneamente senza nessuna terapia, ma mi permetta, a un bambino che non ho visitato io personalmente, al quale non ho effettuato io l'ecografia, di cui non ho visto io le immagini ecografiche, sul quale ho un referto così sibillino, non mi sento di negare un trattamento, di minima. Il quasi, a me, non basta.

Giuseppe Maranzana

ERRATA CORRIGE

Nello scorso numero di *Medico e Bambino* (n. 10, novembre 2004), nel contributo di pag. 655 delle "Pagine elettroniche" (*Studio descrittivo sulle modalità di gestione del bambino con infezione delle vie urinarie nella pediatria di famiglia*) non è stato inserito il nome di uno degli autori, la dott.ssa Carmen D'Aleo. La Redazione si scusa per l'errore riportato.

RINGRAZIAMENTO AI REFEREE

Medico e Bambino ringrazia caldamente i colleghi che hanno svolto con accuratezza e con grande dedizione il lavoro di revisione degli articoli arrivati in Redazione:

Dante Baronciani, Giorgio Bartolozzi, Ettore Beghi, Paolo Benciolini, Giancarlo Biasini, Maurizio Bonati, Cesare Braggion, Roberto Buzzetti, Vincenzo Calia, Rosario Cavallo, Francesco Chiarelli, Sergio Conti Nibali, Paola Costa, Mario Cutrone, Nicola D'Andrea, Luciano de Seta, Paolo Fiammengo, Massimo Fontana, Fabrizio Fusco, Michele Gangemi, Luisa Grandori, Luigi Greco, Loredana Lepore, Filippo Longo, Giuseppe Maggiore, Giuseppe Masera, Pierpaolo Mastroiacovo, Vitalia Murgia, Marco Pennesi, Leopoldo Peratoner, Giorgio Tonini, Alberto Tozzi, Calogero Vullo

P