

Le lettere sono sempre gradite, e vengono sempre pubblicate. Si prega solo una ragionevole concisione, cercando di non superare le 3000 battute. Qualche taglio editoriale e qualche intervento di editing che non alteri il senso della lettera saranno, a volte, inevitabili.

Terapia prenatale del sequestro broncopolmonare grave associato a idrope e idrotorace

A integrazione dell'ottima review sulle malformazioni polmonari congenite di Gobbo e coll.¹ vorrei segnalare che, nei casi di sequestro broncopolmonare (BPS) intralobare associati a idrope (cioè ad alto rischio di evoluzione sfavorevole), oltre all'intervento di derivazione toraco-amniotico e all'intervento prenatale in utero (tipo EXIT), esiste un trattamento prenatale mini-invasivo di coagulazione con laser dell'arteria che irrorà il BPS, descritto recentemente e che ha dato ottimi risultati in circa il 70% dei casi^{2,5}. L'intervento viene eseguito con una blanda sedazione della madre e, dopo la curarizzazione e sedazione del feto attraverso iniezione in vena ombelicale, viene inserito un ago di piccole dimensioni (18-G), sotto guida ecoscopica, nell'arteria che irrorà il BPS, attraverso il quale viene inserita una fibra di 0,6 mm per la terapia laser. L'esito del trattamento viene poi valutato con ecodoppler e confermato a distanza di 24 ore. Tale intervento ha una bassa invasività, è ottimamente sopportato dalla madre e comporta un ricovero di 24 ore, salvo complicanze.

Sto seguendo un caso di BPS con idrope e idrotorace, diagnosticato in utero a 24 settimane dai colleghi della Clinica Ostetrica di Careggi a Firenze, che ho indirizzato a Leiden, in Olanda, a 25 settimane di e.g. e a cui tale procedura ha consentito la regressione della lesione polmonare, la normalizzazione delle condizioni fetali e un parto spontaneo a termine.

Attualmente la neonata ha 3 settimane di vita, è in buona salute e abbiamo programmato una TC con mdc intorno ai 3 mesi di vita per una valutazione più approfondita dei residui di lesione e la successiva valutazione dei tempi e modi dell'eventuale resezione. Il caso sarà oggetto di una più dettagliata descrizione in futuro.

Bibliografia

1. Gobbo F, Pelizzo G, Schleeff J. Dalla diagnosi prenatale al management post natale delle malformazioni polmonari: suggerimenti per i pediatri. *Medico e Bambino* pagine elettroniche 2010;13(2): http://www.medicoebambino.com/?id=IPS1002_10.html
2. Witlox R, Lopriore E, Walter FJ, et al. Single-needle laser treatment with drainage of hydrothorax in fetal bronchopulmonary sequestration with hydrops. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2009;34:355-7.
3. Oepkes D, Devlieger R, Lopriore E, et al. Successful ultrasound-guided laser treatment of fe-

tal hydrops caused by pulmonary sequestration. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2007;29:457-9.

4. Ruano R, de A Pimenta EJ, Marques da Silva M, et al. Percutaneous intrauterine laser ablation of the abnormal vessel in pulmonary sequestration with hydrops at 29 weeks' gestation. *J Ultrasound Med* 2007;26:1235-41.

5. Bermudez C, Perez-Wulff J, Bufalino G, et al. Percutaneous ultrasound-guided sclerotherapy for complicated fetal intralobar bronchopulmonary sequestration. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2007;29:586-9.

Gherardo Rapisardi
UO di Pediatria e Neonatologia
Ospedale S. M. Annunziata
Bagno a Ripoli (Firenze)

Le lesioni solide malformative polmonari a evoluzione sfavorevole, cioè con comparsa di idrope fetale, possono beneficiare di uno shunting fetale, e nei casi più gravi vi è anche l'indicazione alla chirurgia fetale.

La presenza di un vaso arterioso a diretta dipendenza dal tronco aortico è il segno ecografico evidente della presenza di una sequestrazione polmonare.

Il trattamento fetale laser che viene descritto in letteratura rappresenta un ottimo approccio salvavita.

Tre i commenti e le raccomandazioni da aggiungere:

1. la metodica laser descritta ha la funzione di limitare la storia naturale della malformazione, riducendo la compressione che la lesione provoca sulla cava e sull'esofago, responsabile dell'insorgenza dell'idrope;

2. il trattamento fetale non esclude il monitoraggio della lesione in epoca postnatale. Spesso, accanto a un vaso arterioso di maggiori dimensioni, ve ne sono altri di più piccola taglia, non visibili in ecografia prenatale e pertanto non aggredibili in gravidanza con la metodica sopracitata;

3. la lesione va asportata chirurgicamente. Auspicabile è la chirurgia entro l'anno di vita, previa esecuzione di un controllo TAC postnatale (dopo i 3 mesi di vita).

Il follow-up postnatale con il solo ecodoppler non è sufficiente a escludere la persistenza di vasi supplementari, di piccole dimensioni, sufficienti a intrattenere la vascolarizzazione del tessuto sequestrato.

**Francesca Gobbo¹, Gloria Pelizzo²,
Jürgen Schleeff²**
¹Scuola di Specializzazione
Chirurgia Pediatrica, IRCCS "G. Gaslini"
Università di Genova
²Dipartimento di Chirurgia Pediatrica
IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

Obesità e interventi precoci

Come il professor Panizon ci ribadisce con forza, e letteratura, l'intervento educativo/farmacologico sull'eccesso di peso nell'età della scuola non serve a nulla. Anche la mia piccolissima esperienza me lo aveva suggerito, per cui sono completamente d'accordo. La mia opinione è anche, però, che rischia di essere altrettanto inefficace l'intervento "precoce" nell'età della scuola materna, cioè dopo che ci siamo accorti, o dall'*early adiposity rebound* a tre anni o, ancor prima, dalla persistenza di una apparentemente innocente ciccosità a due anni, che il rischio comincia a concretizzarsi. L'intervento consigliato è infatti vincolato alla necessità, "innanzitutto, di convincere la famiglia" a fare tutta una serie di cose assolutamente alla sua portata ma, altrettanto assolutamente, difficili, oggi come oggi, da mettere in pratica. Infatti il professor Panizon scrive: "Se, prima, non si è (come non si dovrebbe mai, ma meno che mai nei bambini con fattori di rischio) usato il cibo come premio e se si è cercato, semmai, di contenere, mai di incoraggiare, l'appetito del bambino, non dovrebbe essere impossibile far osservare una dieta di contenimento." Tutto sta in quel "se", che avrebbe meritato un maggiore approfondimento. Noi pediatri stiamo da decenni contribuendo a formare generazioni di genitori, e alcune ormai anche di nonni, che hanno avuto e hanno come principale preoccupazione quella che i figli mangino secondo parametri arbitrari di ignota provenienza, dagli effetti devastanti sulla qualità della dieta dei bambini e delle relazioni intrafamiliari. Quante saranno le probabilità che mamme che da due anni vivono nell'ansia che il bambino finisca le dosi scientifiche delle scientifiche pappe scientificamente prescritte come un antiblastico, che, purché mangi, mangi pure quel che vuole, e che, quando finalmente decidiamo di aprire bocca a cervello avviato, stentano ad accettare il dato di fatto visivo e LARNico che i loro figli soprappeso mangiano più che a sufficienza, quante saranno allora le probabilità che facciano esattamente il contrario di quello che gli abbiamo detto di fare fino a quel momento? E se si convinceranno a farlo, sapranno resistere alle violente e giustificate proteste di bambini che, per quanto malandato, un loro equilibrio con quella scombinata famiglia lo avevano finalmente trovato? Per non parlare dell'incasinato imprinting dietetico che si

è ormai stabilizzato. Sarà forse per mia incapacità, ma io non sono, praticamente mai, riuscito a ottenere cambiamenti duraturi. Io credo che i genitori di tutti i bambini vadano aiutati a capire i meccanismi del comportamento alimentare fin dalla gravidanza, quando è maggiore la sensibilità verso le informazioni riguardanti la salute di madre e figlio e, quindi, anche la possibilità di un responsabile cambiamento degli stili di vita (dieta, automobile, televisione ecc.). Senza dimenticare mai di essere medici, e che esistono anche rari casi patologici, informiamoli che il bambino sa autoregolarsi, perfettamente, con il latte materno, un po' meno con la formula, che non mangerà mai meno di quanto gli serve, che incontrerà periodi normali di scarso o scarsissimo appetito, che dopo l'anno di vita è meglio magro che normale, che a tre anni è destinato a diventare magro come un bastone, e infine che, se loro non daranno il buon esempio, beh, è meglio che non si facciano illusioni, prima o poi mangerà le loro stesse schifezze e chi vivrà vedrà. Rischio di apparire monotono e partigiano ma, da quando ho smesso, e ormai comincio a essere in buona e numerosa compagnia, di baloccarmi con le grammature, ho l'impressione di aver meno bisogno di stare appresso a *early rebound* e *squisitezze* simili, che lascio doverosamente agli epidemiologi. Insomma, se precoce deve essere questo intervento, che precoce sia. E se vogliamo passare dalle impressioni ai numeri, perché non ci proviamo per benino tutti insieme?

Lucio Piermarini
Pediatria di comunità, Terni

*Piermarini mi dà quasi ragione e io non posso fare a meno di dare quasi ragione a Piermarini. Certo, la pre-educazione della famiglia è meglio della post-educazione; avere un papà e una mamma che sanno che magro è meglio che grasso, che il bambino si regola da solo, che non bisogna insistere perché mangi né premiarlo coi cioccolatini, né comperargli i pop-corn perché, al cinema, non si annoi, che la televisione va presa con prudenza, potrà evitare, dolcemente, di dover affrontare lo *early rebound*. Che però non è un evento difficile da riconoscere, basta conoscerlo.*

Restano due differenze, non solo di tono, tra il suo (suggestivo e pacifico) messaggio, e il mio (prescrittivo e imperioso).

La prima è che, comunque, non si possono trascurare i bambini già obesi e nemmeno quelli sovrappeso, anche se i risultati sono, a priori, modesti. Vero è che l'eccesso di peso, per chi lo ha, è diventato un'abitudine; vero è che né i bambini né le famiglie rinunciano facilmente alle loro abitudini; ma è anche vero che qualcosa, lo stesso, BISO-

GNA fare. Per esempio: a) la presentazione del probabile avvenire della creatura e la segnalazione obiettiva del rischio e degli svantaggi concreti del sovrappeso (esposta in maniera convinta e convincente: poi ognuno faccia come crede); b) il suggerimento, se anche non si arriva a una riduzione calorica significativa, o a una prescrizione dietetica "riducente", di un non impossibile ri-orientamento qualitativo, verso una dieta "migliore" (grassi vegetali, aumento della componente vegetariana e del pesce, rinuncia alle patatine fritte mentre si guarda la televisione); c) il consiglio comunque, quasi rigoroso, di ridurre le ore passate alla televisione); d) la raccomandazione di una vita meno sedentaria per il bambino (nel recarsi a scuola; nello svolgere commissioni di utilità familiare; possibilmente facendo un'attività sportiva) e per la famiglia (la gita a piedi alla domenica). A Ferrara, il gruppo della dott. Tanas si è impegnato, con risultati non irrilevanti, almeno nel medio termine, per un approccio che non costringa il bambino/ragazzo all'interno di una "gabbia dietetica", ma che migliori globalmente, oltre che il BMI, anche la "qualità della vita".

La seconda (la prima in ordine di tempo) è che "prima di aver cominciato a perdere la partita", cioè già nel primo, o nel secondo, o nel terzo, o nel quarto anno, io ritengo ormai doveroso (allo stato delle conoscenze) un intervento più deciso sui bambini a rischio: quelli con un genitore obeso e quelli che mostrano già la tendenza a uscire dalle traiettorie previste nel grafico dei centili del BMI e quindi a predisporre le basi biologiche per produrre un sottocutaneo e un tessuto retroperitoneale adatto a sviluppare l'eccesso ponderale.

Non è così difficile interpretare una curva del BMI, i pediatri ci possono arrivare (ormai ci DOVREBBERO arrivare); e, se non vogliono arrivarci, non mi dicano che non si accorgono che il bambino è grassottello per l'età; e dopo essersene accorti possono anche consultare i loro vecchi percentili, e confermare che su quello del peso la creatura sta più in alto che su quello della statura. A quel punto, i pediatri ALMENO PROVINO a dare una VERA prescrizione dietetica CALCOLATA, comunque un po' restrittiva, che FORSE a quell'età può essere accettata senza tragedie del bambino (ricordiamo che i bambini che diventeranno sovrappeso, nel primo anno di vita, mangiano, tendenzialmente e providenzialmente, MENO degli altri). E che lo facciamo senza domandarsi, già prima di provare, se e quanti genitori siano disponibili all'ascolto.

L'ho fatta lunga. Ma il discorso è più generale. E forse sbagliato, perché io non faccio più il pediatra e non ho mai fatto il pediatra di famiglia. E nella mia falsa mode-

stia mi farà piacere essere contestato. Il discorso generale è che io credo fortemente, dall'alto della mia cattedra tra le nuvole, che il mestiere del pediatra debba esser cambiato, cambiato da parte degli stessi pediatri; e che questo tipo di impegno, e altri impegni, più "civili" e meno "medici" (ma questo qui di cui parliamo è, poi, un problema medico), con effetti "quasi invisibili", a lunga distanza, dunque di scarsa soddisfazione immediata, debbano entrare nel loro "mansionario".

Sarà che i pediatri non hanno studiato per questo; sarà che non è loro compito aiutare le famiglie a educare (o almeno a non diseducare) i loro figli (e l'educazione dietetica è anch'essa una componente dell'educazione, e la diseducazione tende a essere una diseducazione globale; e le famiglie -vere, per carità- che ci illustra Piermarini sono delle famiglie oggettivamente educate e diseducanti); sarà che a loro vengono chieste altre cose (di curare il raffreddore e la bronchite, di fare i certificati per la scuola o per le associazioni sportive, di mantenere "tranquillizzati" i genitori, di fare i bilanci di salute). Tutto questo sarà vero. Ma allora, sapete cosa vi dico? Che potrebbero limitarsi a scrivere un bel foglietto di istruzioni, uguale per tutti, e consegnarlo al momento in cui il bambino viene iscritto tra i suoi assistiti: "fategli intanto tutte le vaccinazioni; poi, se ha febbre, gli date la Tachipirina, e anche l'amoxicillina per il sicuro; se ha tosse, gli fate l'aerosol con lo steroide; se ha l'asma, gli fate gli spruzzi col Ventolin; se ha vomito, gli date il domperidone; se ha la diarrea...". E se ha qualche altra cosa, è meglio che lo portiate al Pronto Soccorso.

Franco Panizon

Il convegno di Tabiano 2010

Sono un'assidua frequentatrice del convegno di Tabiano, che ogni volta mi dà quello che cerco: qualità dell'informazione, confronto tra colleghi, carica ed entusiasmo per continuare questo lavoro, il pediatra di famiglia (meglio che "di libera scelta" o "di base"), fatto spesso di banalità più o meno apparenti.

Anche quest'anno al convegno non è mancata l'allegria grazie all'amico Vittorio, collega genovese che, accompagnato degnamente alla chitarra, per il terzo anno consecutivo ci ha allietato suonando e cantando come solo lui sa fare. Ormai l'avvenimento alla cena del venerdì è così consolidato che fa parte integrante del programma insieme a cortisone e nefropatie (immagino inserito dal simpatico Boschi che ha il merito di essere l'organizzatore).

Sarà che all'appuntamento annuale ci

troviamo ormai tutti un po' "maturi", ma apprezziamo moltissimo le canzoni intramontabili di qualche decennio fa. Io poi che amo in particolar modo la musica e il ballo sono una fan instancabile.

Così questo convegno, impreziosito dall'ottimo parmigiano della zona, ancora una volta è diventato un modo piacevolissimo di stare insieme e condividere momenti di grande utilità nella pratica lavorativa, ma anche di intrattenimento e sano relax.

Ho apprezzato in particolare le relazioni sulle vaccinazioni, quella anti-"suina" tenuta dalla dott.ssa Grandori, e quella anti-pneumococcica, relatore il collega Cavallo che ha esposto il contenuto della sua lettera su M&B. A mio parere si sono dette verità che in altri contesti vengono tenute volutamente (?) nascoste. E come sempre è stata pregevole la relazione del dott. Tamburini sugli immigrati, che costituiscono una realtà sempre più impellente.

Ci siamo detti ancora che le persone richiedono una sicurezza sempre più impossibile, "quasi noi medici fossimo dei padri-terni". A proposito di risorse sprecate (*vedi* vaccino anti-"suina") è emersa dal pubblico un'osservazione molto saggia sulla direzione da dare agli investimenti sulla prevenzione: alcolismo, droghe, incidenti stradali ecc.. E mi ha colpito una definizione sull'Italia tanto simpatica quanto vera: paese di poeti, naviganti, inventori e... birbantelli!

Ma la novità che mi ha piacevolmente sorpreso è stata la possibilità dell'acquisto di un libro, l'unico in vendita. Non credo ne sia vietata la pubblicità, ho letto le prime pagine e mi ha letteralmente entusiasmato (non è sempre così facile il mio ap-

proccio con le lettere!). Si intitola *Me lo dici in bambinese?* di Tommaso Montini. Devo fare i complimenti all'autore napoletano che fa il mio stesso lavoro, ma evidentemente con maggiori motivazioni e merito. È un libro rivolto *in primis* ai neo-genitori, ma assolutamente consigliabile anche ai pediatri.

A costo di sembrare davvero troppo "sdolcinata", voglio dire che è bello sapere che esistono persone come lui, i colleghi cantanti e primo fra tutti il prof. Panizon, che ho saputo proprio alla fine della splendida esibizione canora essere stato il promotore dell'idea della serata musicale esattamente 4 anni fa. Peccato che dall'anno successivo, proprio quando è iniziata questa piacevolissima tradizione, non abbia più partecipato al convegno.

Come vede, caro professore, Lei è comunque presente fra noi più o meno tacitamente. Grazie per il Suo impegno e la Sua passione, che continuano a pervadere questa rivista.

Leda Guerra
Pediatra di famiglia, Codigoro (Ferrara)

Cara Leda, grazie per la puntuale rassegna sugli incontri di Tabiano, che sono stati anche per me, per tanti anni, un appuntamento felice, di cui ho nostalgia. La Sua lettera cade a proposito, dopo questo scambio di battute tra me e Piermarini. Il libro di cui Lei parla (no, non ne è vietata la pubblicità, anzi gliela faccio anch'io) è un bel libro, per i genitori e per i pediatri di famiglia; un libro che può abituare i pediatri a essere degli educatori sommessi, senza accorgersene loro stessi, un libro in stile Pier-

marini, e che può, come quello di Piermarini, aiutare i genitori a essere degli educatori più liberi da prescrizioni.

Quanto poi a ciò che Lei dice a proposito degli indirizzi "utili" della prevenzione, coincide, in parte, con il contenuto del Focus sulle disegualianze di salute, che sono essenzialmente disegualianze di reddito, e di stato sociale, e di educazione. Disegualianze che il pediatra non può colmare, se non, forse, e appena appena, un poco, sull'ultimo punto, l'educazione.

La (mia) lingua batte dove il dente duole. E ricado su quello che ho appena scritto nella risposta a Piermarini.

Certo, è difficile, per il medico che ha studiato per 6+5 anni la medicina più sofisticata che c'è, dedicarsi poi tutto alla prevenzione, addirittura a quella degli incidenti di macchina (anche se è vero che si muore molto più di incidenti che di meningite o di influenza). Però, nel rapporto quotidiano con la famiglia, fatto anche di raffreddori e di febbri "da scuola materna", qualche scambio, qualche scambio educativo, magari soltanto implicito nel proprio atteggiamento e nel tipo delle scelte di intervento, è difficile che non ci sia. Leggo, dal libro di Tommaso Montini: "Quante emozioni, passioni, gioie, sofferenze passano tutti i giorni davanti alla mia scrivania! Il pretesto è la tosse o la diarrea, ma ognuno mi regala una parte di se stesso e mi chiede, senza dirmelo, di condividere le sue ansie, le emozioni complesse dell'essere genitore. È la parte più bella del mio lavoro, e mi piace lasciarmi coinvolgere, mettendo in comune le mie esperienze..."

Sulla nutrizione, poi, almeno nei primi anni, è inevitabile dare indicazioni, talvol-

LILIANA POMI CI HA LASCIATI

Sabato, 6 marzo, si sono svolti ad Aosta i funerali di Liliana Pomi, con un cimitero affollatissimo di cittadini di Aosta e di amici provenienti da vicino e da lontano.

Una cerimonia asciutta, al tempo laica e religiosa, con due religioni confinanti e sconfinanti fra di loro: la cattolica e la valdese. Molti ricordi di amici, sottolineati da commenti musicali talora struggenti. Giancarlo Biasini l'ha salutata così.



Cara, carissima Liliana, ti salutiamo oggi, quasi increduli, noi della nostra Associazione di pediatri per la quale in questa valle ti sei spesa con entusiasmo, noi che ti abbiamo voluto bene e continuiamo ad averti nel cuore. Ci piaceva la semplicità dietro la quale non riuscivi a nascondere la tua intelligenza, la tua cultura, e la tua voglia di esserci e di fare le cose in cui credevi.

Ci piaceva la tua intransigenza intellettuale, il duro rigore morale che applicavi a te stessa e che aveva le suggestioni valdesi della tua terra nativa e che sembravi volere attenuare, con il sorriso che

di scatto illuminava il tuo volto. Ma tutto rimaneva fermo nelle tue scelte.

Tutto ci mancherà, senza dimenticarlo, insieme alle note del tuo pianoforte nel quale riversavi la profonda conoscenza della tua musica e che donavi agli amici.

I latini salutavano chi era in partenza per l'altrove con parole leggere: *Sit tibi terra levis*. Oggi noi siamo costretti a farlo con te, anche se non vorremmo.

Abbiamo perduto un'amica nella quale ci siamo riconosciuti.

Ma quello che non riusciamo ad accettare è che tu non hai più questa vita che ti piaceva così com'era: con la visione delle tue montagne bianche di neve che oggi, a loro modo, ti salutano con qualche etereo fiocco in un cielo azzurro, e i rossi tramonti, e i mille castelli che ornano la valle, e la buona tavola, e il buon vino di questa terra, e i semi offerti agli uccellini del tuo giardino che ci ricorda il finale della favola del gigante egoista, e i bambini lontani di Maria Bonino, e i libri di Nati per Leggere che, con la paziente, e talora assurda tenacia dei forti, eri riuscita ad assicurare ai bambini nelle due lingue di questa valle che hai amato come tua.

Questo, e ancora altro eri tu, Liliana.

Addio.

ta prescrizioni; e anche qui salta fuori, non tanto di passaggio, anche "lo stile di vita"; e sono quasi inevitabili altri scambi sullo stile di vita, che possono riguardare la non accettazione del capriccio; il rispetto che i genitori hanno il dovere (per il bene dei figli) di esigere; i doveri dei bambini (e dei genitori) che devono essere più forti dei diritti; e il diritto/dovere dei genitori di punire; e l'impegno, il successo e l'insuccesso a scuola; e il genere di appoggio che i genitori possono/non possono dare alle loro creature.

Anche qualche lettura può essere consigliata; perché no? Essere genitori è molto più difficile, e impegnativo, e spesso fallimentare, oggi molto più di ieri: il libro di Montini, che veramente tutti i genitori possono leggere con leggerezza e senza noia, o quello di Piermarini, o quello un po' vecchio su "I No che aiutano a crescere" o magari anche il mio ancora più vecchio "Cari genitori"; oppure uno appena uscito di Crepet, "Sfamiglia", oppure un classico, "Il mestiere di genitore" di Petter, più impegnativo e "pro-

fessionale". O magari una rivista "di sostegno" ("Un pediatra per amico", molti già lo fanno). Certo, leggeranno più facilmente quelli che ne hanno forse meno bisogno: i più colti, i già privilegiati. E allora, se potete, dedicate un plus del vostro tempo a quelli che non lo sono, e che ne hanno più bisogno: fate quello che potete per ridurre un gap che è più grande di tutti noi.

Franco Panizon

CALL FOR AFRICA

Cari amici, come sapete, alcune Cliniche Pediatriche, Trieste per prima (dal 2002), poi anche Modena, ora Cagliari, hanno fornito e forniscono un servizio continuo, assistenziale, tecnico e culturale, con turni che hanno coinvolto ormai una quarantina di specializzandi, e anche qualche "vecchio" pediatra, e/o studente in medicina, presso lo Hospital Divina Providencia di Luanda, in Angola. Un'esperienza che tutti, o quasi tutti, hanno vissuto come appassionante, professionalmente e umanamente formativa. L'ospedale in questi anni è cresciuto, anche per merito dei "nostri"; diciamo che si è quadruplicato, da allora, come letti, come numero di ricoveri, come attività ambulatoriale; e

questo richiede anche una maggiore presenza "nostra". Ecco la nostra richiesta-proposta "formale".

Cerchiamo pediatri e specializzandi in pediatria per un intervento su base volontaria riguardante l'assistenza pediatrica in Angola, per un periodo minimo di permanenza di 3-4 mesi.

L'intervento assistenziale riguarda prevalentemente il riconoscimento e il trattamento della malnutrizione e la sua prevenzione, ma si esplica anche in un'attività clinica quotidiana, non solo rivolta ai bambini ricoverati per malnutrizione acuta severa, ma anche svolta nel reparto di pediatria generale e nell'ambulatorio. In ambito di pronto soccor-

so vengono valutati 70-90 bambini al giorno con patologie infettive (malaria, TB, HIV) e nutrizionali. Attualmente è in corso anche un progetto di assistenza al bambino malnutrito moderato, gestito in ambito ospedaliero e nel centro di salute.

Presso la Clinica Pediatrica di Trieste viene svolto ogni anno un corso preparatorio e di aggiornamento sugli interventi e sulle patologie affrontate a Luanda.

Per saperne di più, guarda il video "Luanda" su: www.pediatria.univ.trieste.it

Contatti

Tarcisio Not, Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste
e-mail: not@burlo.trieste.it