

Il pediatra e la semeiotica dimenticata

FRANCO PANIZON

Professore Emerito, Dipartimento di Scienze della Riproduzione e dello Sviluppo, Università di Trieste



“Tu fior della mia pianta/percossa e inaridita/tu dell’inutil vita/estremo unico fior/sei nella terra fredda/sei nella terra negra/né il sol più ti rallegra/né ti risveglia amor.”

IL PROLOGO

Mi è stato dato da svolgere questo argomento per un congresso pediatrico, la primavera scorsa; un congresso in Sicilia, molto partecipato, molto vivace, molto evocativo, quasi un revival. Era la ripetizione, a contenuto fortemente simbolico, di un congresso-pirata, quasi clandestino, tenuto nello stesso posto e alla stessa data, vent’anni prima. Quante cose sono cambiate; e, malgrado tutto, in bene, e non solo per la salute dei bambini, che oggi non hanno quasi più bisogno del pediatra, ma anche per l’accumulo di conoscenze, per la cultura diffusa, per il livello di democrazia interno alla stessa pediatria (anche siciliana, ma non solo).

La semeiotica dimenticata. Si tratta con troppa evidenza di un titolo di cortesia proposto a un vecchio ex-titolato (debole gioco di parole), per non sapere cosa altro proporgli. Meglio la semeiotica che l’etica, mi sono detto, accettando con riconoscenza il benevolo invito.

Ma poi mi sono anche domandato: e cosa dirò? E è proprio vero, o possibile, che la semeiotica che consideravo rappresentasse almeno un terzo del fare, no, dell’essere medico, sia dimenticata? Perché mai dimenticata? Non sarà che sono già morto senza accorgermene?

Certo, è possibile: lo sviluppo trion-

THE PAEDIATRICIAN AND THE FORGOTTEN SEMEIOTICS

(*Medico e Bambino* 2006;25:298-303)

Key words

Semeiotics, Paediatrics

Summary

The Author reviews what has remained of traditional semeiotics and what has been added to it by modern paediatrics. His conclusions are the following: a) in recent years the role of semeiotics has increased rather than reduced; b) the use of additional tools during the physical examination (such as otoscope; stereotest or orchydrometer) and the easy consultation of paediatrics text books and internet have definitely increased the list of diagnosis which can be suspected on the clinical basis; c) the semeiotics of children deserves more and better attention.

fale della tecnica, specialmente quella di immagine, ma anche tutto il laboratorio e tutta la diagnostica strumentale, e anche il cambiamento della patologia, meno acuta e meno sintomatica, tendono a rendere la semeiotica classica piuttosto una cenerentola umiliata che una ancella sicura; e l’immagine del medico che percuote e ascolta, anzi ausculta, sembra un’ombra del passato, un dagherrotipo sbiadito, un’immagine patetica da lanterna magica.

Eppure, in qualche modo, sento anche che non è del tutto vero. Ho avuto occasioni recenti, di dover fare ancora il medico, di malattie vere, “a mani nude”, o “a mano libera”, insomma “a mano”, e neanche tanto male. Forse perché si trattava di patologia “sorpasata”? Forse. Eppure, anche adesso che sto scrivendo, sento che si trattava dav-

vero di fare il medico nel modo migliore possibile; e qualcosa mi ridice all’orecchio (sordo) che il potere del medico, o semplicemente l’essere medico, sta anche qui, nelle sue capacità di vedere, di sentire e di toccare, e di estrarre da questi contatti, cioè dalla semeiotica, gli elementi per la decisione. E ho ritenuto che valesse la pena di pensarci un po’ sopra, a questa semeiotica (davvero?) dimenticata, e non solo per riempire i venti minuti di una chiacchierata congressuale nostalgica. E anche di condividere questi pensieri con voi.

LA SEMEIOTICA E LO SPAZIO DELLA MENTE

Un terzo, un terzo, un terzo. Un terzo del sapere medico è dedicato al sa-

per ascoltare, vedere, palpare, capire; un terzo è dedicato al saper scegliere la decisione (terapeutica) migliore; un terzo infine, ma quello si impara solo sul campo, è dedicato alla comunicazione, alla convinzione, alla consolazione, alla pacificazione, eventualmente all'affido ad altre mani. Mah, mi pare che sia così. E allora, rivediamo questo spazio della semeiotica.

La semeiotica sta, come ogni tipo di sapere, dentro la memoria (che a sua volta sta in tutto il cervello).

Nella memoria procedurale sta tutta quella parte che è diventata automatica: dal "colpo d'occhio" alla valutazione dell'aspetto generale, del tono muscolare, al come si palpa, al come si percuote o si ausculta, a come si localizza un dolore o si valuta la mobilità di una articolazione

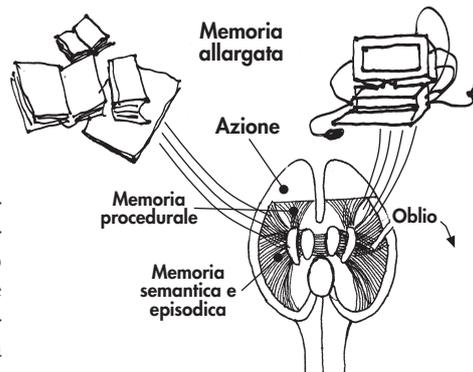
Nella memoria semantica sta la relazione: "un sintomo, una diagnosi", oppure "un sintomo, un sospetto"; stanno tutte le concettualizzazioni derivate dai segni; stanno i criteri delle diagnosi differenziali; stanno le bandierine rosse dei sintomi d'allarme; stanno gli atti respiratori dovuti; stanno le nozioni acquisite, i criteri di riferimento (cosa deve saper fare un bambino a tre mesi, quante parole dice un bambino di due anni, quando deve essere presente il controllo del capo).

Nella memoria episodica (questa cosa l'ho già vista! Quel viso mi ricorda una malattia) sta una grande quantità di storie vissute.

Ma c'è una parte della semeiotica che sta fuori della testa.

Accanto alla semeiotica che sta dentro la testa, e che viene usata subito, sul letto del malato, estratta dalla memoria procedurale, dalla memoria semantica (le cose di tutti i giorni o di tutte le settimane, diverse per ciascuno in funzione del tipo di lavoro che fa, della sua specialità e sottospecialità), e accanto alla memoria episodica, che deriva solo dalla pratica, tanto prima tanto meglio, c'è un altro spazio di semeiotica, o di memoria, alquanto più estesa, che non sta nella testa e che si deve essere capaci di trovare sul libro oppure su internet. È la semeiotica dell'approfondimento: il confronto coi numeri (la velocità di crescita, il percentile, ma anche

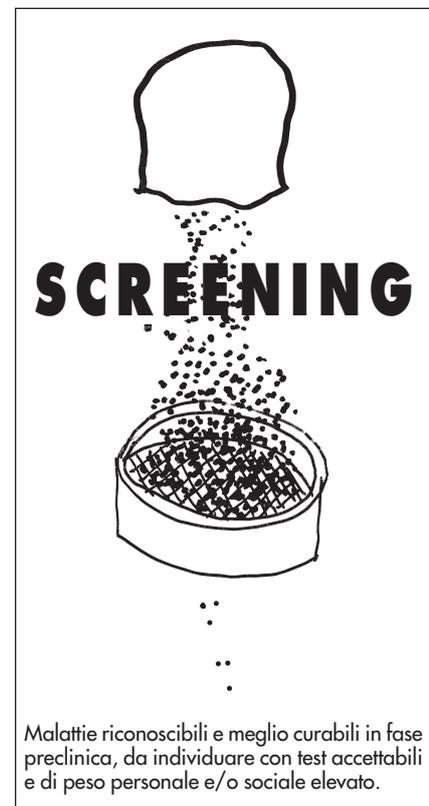
questi, tanto quanto, finiscono con l'entrare in testa), la check-list per l'autismo, o per l'iperattività, o per la dislessia, i segni che spingono al sospetto di un abuso, gli elementi costitutivi di una sindrome malformativa o di una malattia metabolica.



Oggi la testa del medico è fatta così: molto dentro, ma moltissimo fuori, di cui una parte, ma mai tutto, a poco a poco si fa strada e finisce per entrare dentro. A questa parte "fuori" di solito si pensa poco, e certamente riguarda più le decisioni sul come agire che non i tempi del rilevamento dei sintomi e del passaggio da questi all'ipotesi diagnostica o alla diagnosi. Me se fate quattro salti, dal paziente al libro di consultazione per una malattia non usuale, alla diagnostica dermatologica, che tanto si presta al trasferimento via e-mail dell'immagine, fino alla diagnosi sindromologica, per la quale il computer è diventato parte essenziale (con Possum o con Orphanet: www.orpha.net), vi potete rendere conto con immediatezza di quanto questa parte "fuori della testa" possa essere vasta e debba essere utilizzata dal medico del futuro.

Contro l'ipotesi dello sviluppo della semeiotica, cioè di quello che ancora oggi ritengo essere un terzo del fare il medico, c'è l'ipotesi dello sviluppo della politica dello screening. È una specie di tentazione, anche legittima, implicita alla medicina, ma tendenzialmente letale: fare la diagnosi prima che il sintomo o il segno si affacci alla clinica. È un'ipotesi che però è lontanissima dal poter abbracciare tutta la medicina, malgrado lo sviluppo della tecnologia, l'abbassamento dei costi

relativi. Qualche passo è stato fatto, e non secondario: lo screening per le malattie metaboliche e la fibrosi cistica, lo screening per l'anca, lo screening prenatale per le malformazioni, lo screening postnatale delle malformazioni delle vie urinarie, lo screening per il neuroblastoma, ma anche lo screening personalizzato, il check-up per l'adulto, oppure il "facciamo tutti gli esami" per il bambino con qualsiasi malattia. Ma tutto sommato, sinora, la politica degli screening, ai quali va riservata, correttamente, solo l'area preclinica delle malattie, anzi di alcune malattie clinicamente e socialmente rilevanti, ha avuto più sconfitte che successi: lo screening per la scoliosi (che è diventato parte della semeiotica del bambino sano), lo screening postnatale per la patologia urologica, morto prima di nascere, lo screening della Mantoux, morto per la morte della tubercolosi (in Occidente, dove tornerà quando torneremo a essere poveri), lo stesso screening della displasia dell'anca, che dopo tanti anni viene ogni giorno rimesso in discussione.



Articolo speciale

LASCIAMO LA TEORIA: LA SEMEIOTICA IN PRATICA

Ho perso troppo tempo a parlare di teoria. Mi piacerebbe provare a parlare di qualcosa di più reale. Fare una rassegna di segni, sintomi, patologia vera e patologia falsa. Ma c'è troppa roba.

La semeiotica cui si pensa, quella che ho imparato a scuola, e che ho usato più spesso nel corso della mia vita, è la semeiotica dell'acuzie. Ma parlarne oggi sembra come parlare di favole. Eppure, voglio vedere se riesco a fare una specie di operazione verità, cominciando proprio da lì, dalle malattie antiche, quelle acute e gravi, quelle che non si vedono più e che, anche per questo, possono portare a errori di non riconoscimento.

Triage of all sick children

COGLIERE I SEGNI DELLA GRAVITÀ

Comincio questo tentativo, guardate, con le regole del triage in un ambulatorio africano. Forse può ancora essere utile, a me lo è stato. Chi ha la precedenza, oltre a tutti i bambini dei primi 3 mesi? I difetti di vigilanza, le alterazioni del colorito, i bambini con disidratazione, con dispnea, con malnutrizione.

Difetto di vigilanza: il coma. La sigla AVD: Attenzione, Voce, Dolore. La graduatoria che indica, molto grossolanamente ma visibilmente, gli stati del coma (più in fondo), quelli del coma decerebrato (del tronco, reversibile), decorticato (del pallio, difficilmente reversibile), fino alla ipotonia con coma profondo.

Ma c'è un largo spazio all'interno dell'attenzione, di qualità e grado: dall'attenzione curiosa alla chiusura, al coma vigile; bisogna saper cogliere le differenze. C'è l'ormai rarissimo bambino con la meningite, che non è più né "attento" né "curioso", ma che se ne sta invece chiuso in se stesso, iperestetico, ma non interessato a quello che gli succede attorno (oltre ad avere, benin-

teso, i segni meningei, che pur si vedono): ma è la "chiusura" che deve far distinguere un bambino febbrile "normale" da un bambino febbrile "al rischio", un bambino da lombarizzare.

C'è un antico punteggio, serve per valutare la gravità "generica" della malattia acuta, un punteggio che non ha mai funzionato nella pratica, ma che è stato molto scritto e descritto, quello di McCarthy; badare a segni come, appunto, la capacità e la voglia di dare attenzione, la capacità di contatto, di riso o di paura, la qualità del pianto, il colorito (*Tabella I*).

La faccenda è, però, che alla fine quelle che sbagliavano meno, nell'apprezzare questi segnali, erano le mamme. E questo è quanto, oggi, senza rinunciare al nostro mestiere, è che per cogliere le differenze tra normale e malato serio, le mamme, che vivono la normalità della loro creatura, sono più brave del medico che non è più così abituato all'acuzie vera. Allora, bisogna anche saperle ascoltare.

Alterazione del colorito. In Africa l'anemia acuta è frequente (malaria, falcemia): l'infermiera che deve individuare le precedenze guarda il palmo bianco. Da noi l'anemia è così rara che non ci si pensa; e il pallore cutaneo che si percepisce è piuttosto segno di shock, mentre l'esame della mucosa (anche in Africa) è più sensibile dell'esame del palmo della mano. La cianosi (delle mucose, ma anche del prolabio)



PUNTEGGIO DI MC CARTHY

Qualità del pianto	
Forte, normale	1
Singhiozzante, piagnucoloso	2
Debole, lamentoso, acuto	3
Risposta a stimolo parentale	
Contento, pianto breve	1
Pianto off and on	2
Pianto continuo, non risposta	3
Variazioni sonno/veglia	
Si sveglia facilmente (o è già sveglio)	1
Aprire gli occhi (stimolo protratto)	2
Non si sveglia	3
Colorito	
Roseo	1
Acrocianosi, "mascherina"	2
Cianosi, pallore	3
Idratazione	
Ok	1
Mucose un po' secche	2
Occhi infossati, cute ipoelastica	3
Apertura sociale	
Attento	1
Presta scarsa attenzione	2
Non sorride, viso ansioso	3

Tabella I

è un segno più importante di insufficienza respiratoria. O circolatoria? Ho visto più di una miocardite scambiata (anche per 12 ore) per bronchiolite. Nel triage non fa differenza: intanto bisogna dargli l'ossigeno. Ma subito dopo, quando arriva il medico, è bene che guardi le vene del collo, che palpi il fegato, e che faccia il conto del respiro e del polso: se il rapporto è superiore a 3, sarà il polmone, se no, sarà il cuore.

Anche il bambino settico, oltre alla febbre, ha un disturbo del circolo: un rallentamento del ricircolo capillare sul letto ungueale (oltre i 3 secondi); ma è, soprattutto, chiuso in se stesso, immobile, come il bambino della meningite.

La disidratazione. Anche questa non esiste più da noi; ma se si va in Africa, si vede, a occhio (occhio infossato, appunto, e agitazione, e sete), e si palpa (plica ipoelastica). Se ci sono questi segni, non solo c'è la diagnosi, ma anche la misura della disidratazione e della soluzione fisiologica da dare, nel giro di poche ore; 10% del peso corporeo: 500 ml se il bambino pesa 5 kg. Ma se il

bambino invece è torpido, “chiuso”, e se ha un ricircolo lento, allora ha perso il 15% del peso, e la quantità della flebo sarà del 15% del peso, 750 ml per il bambino di 5 kg, e i primi 100 (2% del peso) saranno dati nel giro di mezz'ora.

La dispnea. Se la situazione è impegnativa, ci sono i rientramenti del giugulo e del diaframma a denunciarlo (se non ci sono, si può prendere la cosa con più calma). Se la dispnea è inspiratoria, ci pensano i segni della sepsi (*vedi sopra*) a distinguere una laringite epiglottica da ogni altro tipo di stenosi laringea. Se la dispnea è espiratoria, o è un asma o una bronchiolite o una polmonite. Anche qui, nel triage non fa troppa differenza: ossigeno, ma subito dopo arriva il semeiologo e fa la diagnosi. L'asma fischia, e se è grave ha l'alitamento delle pinne nasali, il polso paradossale, l'ortopnea e la parola difficile (son tutti “segni” da rilevare); la bronchiolite vera tace, o ha pochi crepitii, e il bambino non ha più di 6 mesi, facciamo 12 perché siamo in Europa; la broncopolmonite ha dei crepitii più forti, e raramente un soffio, e un aumento della broncofonia; la polmonite può anche tacere, ma il bambino è settico, e ha comunque una dispnea significativa. Quanto? Se il bambino sotto i 2 anni non ha almeno 45 di respiro, NON ha né asma, né bronchiolite, né polmonite, né miocardite. Forse questa è un'altra forzatura; ma aiuta lo stesso, molto. In effetti sembra che all'inizio, cioè in fase iniziale, ci possa essere un tempo con immagini radiologiche già presenti, senza anco-

ra dispnea (Palafox M, Guiscafre H, Reyes H, Munoz O, Martinez H. Diagnostic value of tachypnoea in pneumonia defined radiologically. *Arch Dis Child* 2000 Jan;82 (1):41-5). Questo riduce, per noi occidentali, la sensibilità del criterio semeiologico; tuttavia, ho imparato anche che la diagnosi non deve essere un tutto-o-niente. La polmonite severa è altra cosa della polmonite lieve, così come la malaria severa è tutt'altra cosa dalla malaria “normale”.

La malnutrizione. Anche questa da noi non si vede più da almeno vent'anni e, se la si vede, la si riconosce (ipogalattia, stenosi pilorica, fibrosi cistica): in genere, ci si arriva prima che la malnutrizione sia clinicamente vistosa con la bilancia, i percentili, la velocità di crescita. In Africa, la bilancia serve a distinguere la malnutrizione grave, da ricoverare d'urgenza, dalla malnutrizione moderata, che si cura in ambulatorio. La malnutrizione grave ha due forme: il bambino pelle-e-ossa (marasmatico) e il bambino gonfio (kwashiorkor). In Italia, ho visto ancora una decina d'anni fa edemi in un lattantino con fibrosi cistica. Ma dimenticavo l'anorexia mentale: anche qui la bilancia ci serve a misurarne la gravità (i 40 kg) e l'evoluzione. La bilancia, naturalmente, serve anche a valutare la gravità e l'evoluzione dell'obesità, comin-

ciando dal secondo anno di vita. L'obesità è la nostra malnutrizione.

L'ACUZIE APPARENTEMENTE NON GRAVE E LA PATOLOGIA SUBACUTA

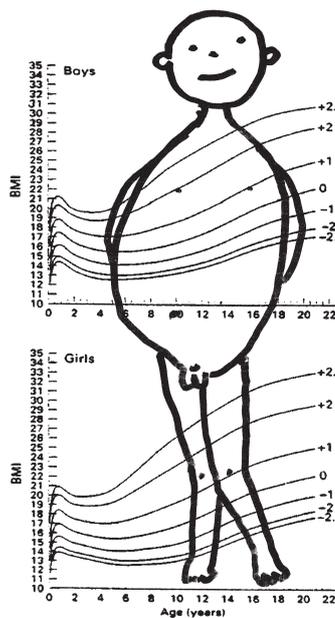
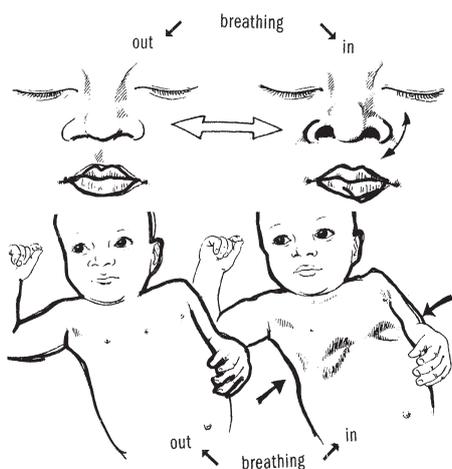
Questa è la faccenda che riguarda giorno per giorno il pediatra, in ambulatorio come in ospedale, e su cui certamente non c'è bisogno di insegnare niente a nessuno (ma insegnare non era nel mio intento: sto solo cercando, anche per me, di individuare lo spazio reale della semeiotica). Ora, nell'acuzie non grave, si tratta essenzialmente di non lasciarsi sfuggire l'acuzie grave, e nella patologia subacuta importa essenzialmente non andare dietro alle farfalle. In questi anni molte farfalle sono uscite forzatamente dal bozzolo, e sono morte di freddo. Abbiamo inventato l'otite, il reflusso vescico-ureterale, il reflusso gastro-esofageo, la broncoiper-reattività, i valori subottimali di immunoglobuline e le infezioni respiratorie ricorrenti, l'intercettazione dell'atopia, l'intercettazione dell'emicrania, la depressione infantile, l'*Helicobacter*, la patologia delle ciglia immobili, le fibromialgie. Si tratta di fare un po' di pulizia dal fondo, dalla diagnosi che non esiste o che non importa e che si può fare a meno di cercare.

Cerchiamo di fare anche qui un'operazione di concretezza. Andiamo per sintomi.

Febbre senza segni di gravità e di localizzazione: dovrebbe essere una infezione delle vie urinarie, sempre se il bambino è piccolo, o se è femmina. Facciamo uno stix sulle urine.

Febbre con gola rossa e senza segni catarrali: dovrebbe essere una faringite streptococcica, meglio se ha anche i linfonodi un po' ingrossati e indolenti. Facciamo il tampone, ma ormai neppure questa diagnosi eziologica ha più un centesimo dell'importanza che aveva una volta, quando la diagnosi non si poteva fare.

Febbre con segni catarrali: è un'infezione virale (o, più raramente, da batteri atipici). Non ha neanche un briciolo di polipnea: non è una broncopolmonite. Aspettiamo che vada via.



Articolo speciale

Tosse. Una tosse recente, se non ha avuto un esordio clamoroso (corpo estraneo), è un non problema. Una tosse protratta, in Africa, se è associata a dimagrimento, vuol dire tubercolosi. Qui, se è molto protratta (più di un mese), produttiva, richiede, più che una semeiotica fisica ingannevole, una lastra, pensando alle diagnosi rare e impegnative (fibrosi cistica, bronchiectasie). Se non c'è niente, non è niente, una sinusite persistente. Un disturbo della respirazione nasale. Accertarsene (prima di fare la lastra).

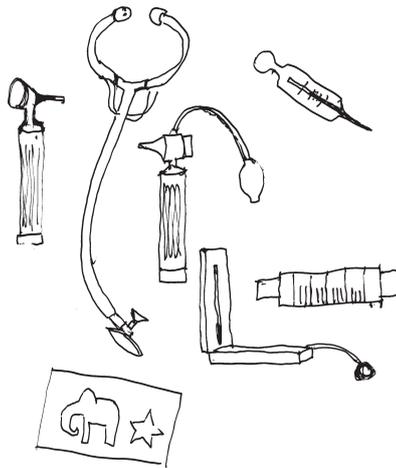
Dolore. È continuo o discontinuo? È recente? Se il dolore di testa o di pancia, o di scroto, è continuo, c'è un problema. Se c'è febbre, si deve pensare a una localizzazione settica. Per il dolore allo scroto, si guarda la parte e si va in cerca del riflesso cremasterico. Se il dolore è fisso all'orecchio, è difficile che non sia un'otite; se va e viene, è un'otite da quattro soldi (guardare, comunque). Il dolore articolare (artrite reumatoide?) richiede semplicemente una valutazione della obiettività e della mobilità articolare, e della ricerca del dolore da pressione (osteocondrite). Il dolore alla schiena è più problematico, ma si tratta ancora di valutare la rigidità e il dolore alla pressione sulle apofisi spinose. Se il dolore non è recente ed è protratto o ricorrente, ricorrere alle bandierine rosse.

Diarrea: *acuta*, è un'enterite; *cronica*, intendiamoci prima su cosa sia la diarrea, e vediamo il peso. Se il peso tiene, non è nemmeno una vera diarrea cronica: solo un alvo frequente.

Probabilmente ho trascurato qualcosa, ma certamente si tratta di qualcosa che tutti sanno. Non la voglio fare più lunga.

LA RICERCA DI SEGNI NASCOSTI: PRATICHE IN EVOLUZIONE

L'ascoltazione del torace e del cuore sono forse le più antiche tecniche di esplorazione degli organi profondi, ma sono tecniche praticate con sempre minor pazienza e sapienza: la radiologia



del torace e l'ecografia del cuore sono più sicure, se non più rapide. La *palpazione degli organi ipocondriaci* ha raramente un'utilità rilevante. Eppure tutte queste operazioni erano il cuore della semeiotica di cinquant'anni fa. Oggi la ricerca di segni nascosti vuol dire semmai la pneumo-otoscopia, la ricerca del riflesso rosso e l'esame del fondo dell'occhio, e il test di Lang. *L'otoscopia* è diventata un "must" per i pediatri di famiglia, ma in realtà non è fatta sempre bene, raramente è completata dalla pneumo-otoscopia, e comunque si è sgonfiata. Ha prodotto infinitamente più falsi positivi (diciamo meglio di sopravvalutazione del criterio obiettivo) di quanto fossero gli errori, in più o in meno, basati sulla valorizzazione del sintomo dolore e la pressione sul trago; e adesso ci si dice (finalmente) di non curare le otiti. Il *riflesso rosso* si può provocare con l'otoscopio, che ormai tutti i pediatri si arrangiano a usare. L'esame del *fondo oculare* può essere lasciato all'oculista. Il *test di Lang*, per l'ambliopia, forse, lo dovrebbero fare tutti i pediatri di famiglia.

CHIAMARE LE COSE COL LORO NOME

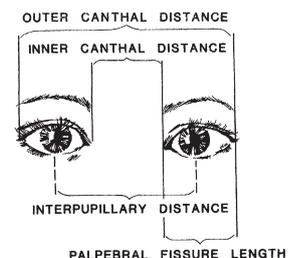
Chiamare le cose col loro nome è essenziale per intenderne la natura, per registrarle e per chiedere aiuto. Questo appunto riguarda essenzialmente due cose ben visibili: la cute e il viso. Le *lesioni elementari della cute* difficilmente vengono descritte e interpretate con appropriatezza: eritema, edema (duro, plastico, declive, a mantellina, palpebrale, oro-labiale), macula, macchia (vi-



nosa, pigmentata, acromica, a margini frastagliati, a margini lisci), papula, nodulo, nodo, petecchia, ecchimosi, cisti, comedone nero, comedone bianco, foruncolo, ascesso, flemmone, ponfo, vescicola, bolla, crosta, lichenizzazione, ittiosi, desquamazione furfuracea, desquamazione amantacea, nevo, iperidrosi, ipoidrosi, irsutismo, alopecia: ciascuna di queste categorie indica, in pratica, una malattia definita o un tipo di malattia. Certo, oggi, come si è detto, può bastare trasmettere un'immagine, e domani sarà ancora più immediato.



Lo stesso si può dire per le *alterazioni della fisionomia*, distanza interpupillare, distanza intercantale, caratteristiche dell'iride, ampiezza e forma della rima palpebrale, rapporto fra i tre settori del viso nelle varie età, maturità facciale, impianto delle orecchie, fossette preauricolari, dimensioni del meato acustico, e del lobo, sua completezza, sua inclinazione, caratteristiche della glabella, della radice o della columella del naso, del filtro, del vermiglione, della rima labiale, del morso. Sono tutti elementi che fanno parte dell'individuazione di dismorfologia, e che servono per arrivare alla diagnosi attraverso il computer; ma che ci portereb-



bero a dire che, semmai, l'ambito della semeiotica obiettiva e le conclusioni verso cui una buona semeiotica ci potrebbe portare, sono molto di più, non di meno, che un tempo.

LE MANOVRE

Come avete forse notato, sin qui si è parlato soprattutto di dare significato a sintomi già presenti piuttosto che di provarli con manovre. La percussione del torace per rilevare la presenza di ottusità patologiche, come la ricerca della fluttuazione del liquido addominale, sono già manovre "artificiose". Le manovre più comuni tendono in ge-

nera a **elicitarre un dolore** (Lasègue, Kerning, Brudzinski, Blomberg, pressione sulle spine vertebrali, sulla superficie di un osso, alla ricerca di una frattura, di un interessamento periostale; di una osteocondrite; di una dolorabilità renale, colecistica, linfonodale, sinusale, tenosinoviale; di una limitazione dolorosa della mobilità articolare; di una iperestesia localizzata come nelle fibromialgie) o una **instabilità muscolo-scheletrica** (manovra di Ortolani, manovra di Trendelenburg, riattivazione dell'arco plantare alzandosi sulle punte, ricerca del gibbo a dorso flesso). Oppure per cercare un **riflesso patologico** (Chwostek, Babinski) o l'assenza di un riflesso normale (riflesso cremasterico, riflessi osteotendinei, riflesso pupillare, riflesso corneale), o per valutare la forza muscolare.

Ciascuno di questi richiami ha certamente elicitato nel lettore un riflesso mentale, evocando una o più malattie senza che queste venissero nominate. Dunque, la semeiotica esiste (semmai sono le malattie a scomparire).

DISTURBI DELLO SVILUPPO PSICOMOTORIO, DEL RENDIMENTO SCOLASTICO O DEL COMPORTAMENTO

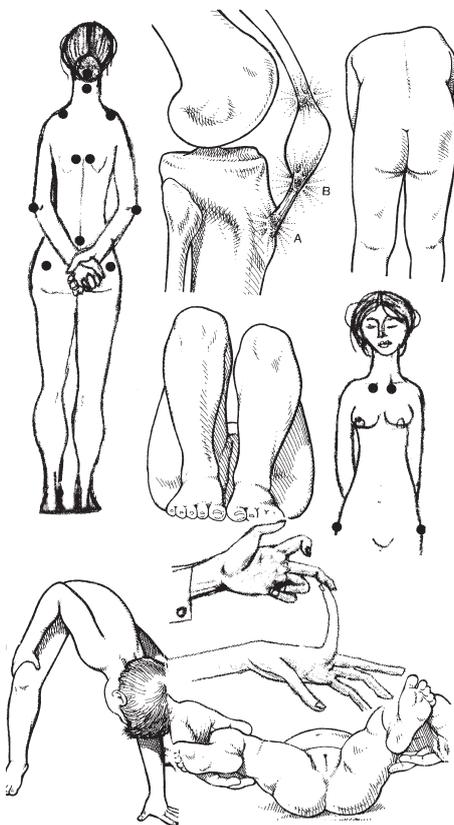
Avere molta pazienza, cercare di capire bene, procedere col manuale in mano, cercare di appoggiarsi a qualcuno che ne sa, almeno in principio.

Questa è tutta problematica non nuova ma (o sbagliata ancora?) sempre più importante. Non si tratta di nuove malattie ma si

tratta del fatto che alla salute del bambino si richiede molto di più di quanto si richiedesse una volta, del fatto che i veri problemi non sono più quelli della sopravvivenza, ma quelli del successo (anche parziale) nella vita. Questa è semeiotica da introiettare.

CONCLUSIONI

Ce l'ho fatta, quasi, anche se troppo frettolosamente, e dunque superficialmente. Abbastanza per concludere come avevo iniziato: che la semeiotica era e rimane almeno un terzo del mestiere del medico. Che cambia coi tempi, perché cambiano gli strumenti e specialmente perché cambiano i problemi. Che il suo spazio è semmai più largo di una volta. Che sui disturbi neuropsichici dobbiamo usare, là sì, strumenti di screening, da introiettare. Probabilmente tutto questo avrebbe bisogno di essere rinfrescato, ripensato, riordinato e riproposto. La materia c'è.



SINTOMI DI INATTENZIONE

1. Scarsa cura per dettagli, errori di distrazione
2. Labilità attentiva
3. Sembra non ascoltare
4. Non segue le istruzioni quando si parla con lui
5. Ha difficoltà a organizzarsi, non termina le attività
6. Evita attività che richiedono sforzo cognitivo
7. Perde gli oggetti
8. È facilmente distraibile da stimoli esterni
9. Si dimentica facilmente cose abituali

SINTOMI DI IPERATTIVITÀ/IMPULSIVITÀ

- Iperattività**
1. Irrequieto, non riesce a star fermo su una sedia
 2. In classe si alza quando dovrebbe star seduto
 3. Corre o si arrampica quando non dovrebbe
 4. Ha difficoltà a giocare tranquillamente
 5. È sempre in movimento, "attivato da un motorino"
 6. Parla eccessivamente
- Impulsività**
7. Risponde prima che la domanda sia completata
 8. Ha difficoltà ad aspettare il proprio turno
 9. Interrompe/si intramette in attività altrui