

Le lettere sono sempre gradite, e vengono sempre pubblicate. Si prega solo una ragionevole concisione, cercando di non superare le 3000 battute (500 parole circa). Qualche taglio editoriale e qualche intervento di editing che non alterino il senso della lettera saranno, a volte, inevitabili.

## Pacchetto Sicurezza e diritti dell'infanzia

*Di solito, quando si riceve una lettera ufficiale come questa, la si accompagna con la frase: "riceviamo e volentieri pubblichiamo".*

*Questa volta, invece, diciamo che riceviamo e pubblichiamo con dolore, e che naturalmente ci associamo, e che altrettanto naturalmente speriamo, senza permetterci di sperare troppo, che la voce del Tavolo delle Associazioni sia ascoltata da qualcuno che abbia orecchie per sentire piuttosto che da qualcun altro che ha deciso che la sicurezza armata è meglio dell'accoglienza (civile e protettiva, e, se vogliamo, anche selettiva) e che per cancellare la miseria basta distruggere le baracche dove i più poveri dei poveri vanno a dormire, così poi andranno a dormire sotto l'albero.*

*Da pediatri, ci tocca occuparci dei bambini; e dappertutto ci si riempie la bocca coi diritti dell'infanzia, ma è assai difficile che un bambino possa avere i diritti che il genitore non ha. Anzi, ci sembra questo un momento in cui parlare dei diritti dell'infanzia, anziché parlare dei diritti dell'umanità, sia solo una scusa, o un riempirsi la bocca. Comunque, riceviamo, e con dolore pubblichiamo.*

**Tavolo Associazioni Pacchetto Sicurezza: norme del Pacchetto Sicurezza violano la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia. Appello ai deputati italiani: o si cambiano le norme sul Pacchetto Sicurezza o l'Italia non rispetterà la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia**

13 febbraio 2009. Le Associazioni e le Organizzazioni del Tavolo di lavoro sul Pacchetto Sicurezza esprimono profonda preoccupazione in seguito all'approvazione da parte dell'Assemblea del Senato del DdL 733 e chiedono alla Camera di apportare modifiche sostanziali al testo.

Il Tavolo ha svolto il proprio lavoro con l'intento di evidenziare le ricadute che i provvedimenti del Pacchetto Sicurezza avranno anche sulla vita dei bambini e degli adolescenti di origine straniera presenti sul territorio italiano.

Valuta che le ripercussioni sui minorenni delle norme approvate al Senato saranno molto gravi. In particolare, la soppressione del comma 5 dell'articolo 35 del Testo Unico sull'immigrazione, in merito alla non ob-

bligatorietà di segnalare gli stranieri irregolarmente presenti che dovessero rivolgersi a strutture sanitarie, comporterà il mancato ricorso a cure mediche presso strutture pubbliche da parte di immigrati irregolari che ne avessero bisogno, generando così un'area di "clandestinità sanitaria".

Tutto ciò avrà ricadute gravissime sui bambini e gli adolescenti figli di irregolari, e comprometterà un diritto fondamentale come quello alla salute e alle cure sanitarie, favorendo processi di esclusione e invisibilità dei diritti sociali, in violazione della Convenzione dei Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza, che proprio all'art. 24 prevede che gli Stati debbano assicurare a tutti i minorenni di beneficiare dei servizi medici.

Il Tavolo di lavoro considera, inoltre, negativa la scelta di introdurre il "reato di clandestinità", che avrà, come immediata conseguenza, quella di spingere alla completa invisibilità una parte consistente della popolazione straniera, relegando così gli irregolari alla totale marginalità sociale, con la conseguente esclusione dei minorenni, per i quali non è prevista alcuna forma di tutela, da qualunque servizio di base. In tal modo verranno negati quei diritti fondamentali che dovrebbero ormai essere acquisiti.

Le Associazioni e le Organizzazioni del Tavolo, che sin dall'approvazione da parte del Consiglio dei Ministri (il 21 maggio 2008) del cosiddetto "Pacchetto Sicurezza", hanno seguito l'iter dei provvedimenti in esso contenuti, continueranno a monitorare i lavori della Camera dei Deputati ed elaboreranno documenti tecnici di proposte di volta in volta contestuali alle modifiche apportate al testo in sede di discussione.

**Adesioni al 12 febbraio 2009:** Amici dei Bambini (AIBI), Alisei Società Cooperativa, Arciragazzi, Associazione Antigone, Associazione Culturale Pediatri (ACP), Associazione Kim Onlus, Associazione Nazionale Famiglie Adottive e Affidatarie (ANFAA), Centro Italiano Aiuti all'Infanzia (CIAI Onlus), Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia (CISMAI), Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA), CGIL, CIDIS Onlus, Defence for Children International-Italia, Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP), Coordinamento Regionale Minori Friuli Venezia Giulia (CO.RE.MI.), Il Noce, La Gabbianella Onlus, Legambiente, MAIS, Nessun luogo è lontano, Progetto

Diritti Onlus, SOS Villaggi dei bambini, Terre des Hommes-Italia, UNICEF-Italia, VIS.

Per informazioni: [diritti@unicef.it](mailto:diritti@unicef.it).

## Aiuti per le mamme spaesate

Sono un pediatra in pensione da 15 anni e in questo periodo ho svolto attività di volontariato nel Centro di Aiuto alla Vita (CAV) Mangiagalli di Milano, effettuando visite ai bambini delle mamme assistite dal CAV dapprima nella struttura stessa della Mangiagalli e in seguito in un consultorio che abbiamo aperto, denominato "Genitori oggi", che svolge un grosso lavoro di assistenza. Si rivolgono a noi mamme extracomunitarie, per lo più originarie del centro e sud America, ma anche di moltissime altre nazionalità. Poche hanno problemi di comunicazione e quindi non sento la necessità di un mediatore culturale. Alle mamme che non possono allattare forniamo il latte artificiale ma, da quando abbiamo un'ostetrica che, nel primo mese, svolge corsi di informazione e di appoggio, quasi tutte le mamme che assistiamo riescono ad allattare al seno, e la quota di latte che dobbiamo acquistare è notevolmente diminuita.

Fin dall'inizio della mia attività consegno alle mamme dei neonati, nel corso della prima visita, un singolo foglio in cui sono riassunti i consigli principali a integrazione delle spiegazioni che fornisco loro a voce. Naturalmente, nel corso degli anni, ha subito continui aggiornamenti e ho in programma di pubblicare un conciso fascioletto di informazioni per queste mamme, che naturalmente dovrà essere il più semplice possibile e contenere però molte notizie di base, dal momento che non conosciamo le loro cognizioni su questi argomenti. Ho già steso un testo, denominato "CoCoNeoSpa" ovvero "consigli concentrati per neomamme spaesate". Se riuscissi a pubblicarlo i proventi sarebbero a favore del CAV, ma prenderò contatto anche con i servizi della Regione per sentire se sono interessati a questa iniziativa (anche se con scarse speranze, data la situazione attuale).

Gradirei avere consigli in merito da chi gestisce un ambulatorio che abbia in prevalenza utenti stranieri, anche perché invece di un unico fascioletto si potrebbero prevedere fogli singoli riguardanti gli argomenti su cui di solito riceviamo più richieste di chiarimenti.

Cordiali saluti e grazie per tutto il vostro lavoro di informazione documentata e aggiornata.

**Erberto Livini**  
Pediatra in pensione, Milano

*Caro dottor Livini, crediamo di sapere che l'utilizzo di consigli, o di piccole guide prestampate per le mamme, sia una pratica abbastanza diffusa tra i pediatri di famiglia, e crediamo anche che questa utilità sia ancora maggiore per le mamme extracomunitarie; ma non siamo nelle condizioni di sapere opinioni o consigli che possano essere in qualche misura utili. Semmai, quello che potremmo dirLe è di essere ancora più semplice di quello che appare nel testo che ci ha inviato, di trascurare alcune cose poco rilevanti o poco utili.*

*Pubblichiamo comunque la Sua lettera, alla quale potrebbero rispondere, li incoraggiamo a farlo, pediatri di famiglia che di questo tipo di comunicazione abbiano una pratica corrente. Le suggeriamo anche di scrivere al direttore della Rivista pediatrica per la famiglia "Un Pediatra per Amico", UPPA, che forse potrà darLe consigli più concreti dei nostri.*

**Medico e Bambino**

## Self-help citologico in pediatria

Il pediatra necessita di strumenti di self-help economici e di facile interpretazione, che gli consentano di effettuare diagnosi rapide e accurate direttamente in ambulatorio. Presentiamo un metodo semplice e non invasivo che permette di interpretare in pochi secondi i quadri citologici di più comune riscontro.

Sono necessari strumenti di facile reperibilità: 1) blu di metilene in soluzione acquosa, acquistabile in farmacia a pochi euro; 2) contagocce; 3) cotton fioc; 4) vetrini da laboratorio; 5) microscopio monoculare con tre obiettivi (3x, 10x, 40x), del costo di poche centinaia di euro.

Un esiguo campione di secreto organico (essudato, trasudato) viene prelevato dalla sede della lesione con un cotton fioc e strisciato sul vetrino.

Se si vuole effettuare uno striscio periferico, sarà sufficiente prelevare una goccia di sangue capillare con una lancetta pungidito e strisciarla sul vetrino. Una volta allestito il preparato, si versa sul vetrino una goccia di blu di metilene: esso penetrerà rapidamente all'interno delle cellule, colorando di un blu intenso i nuclei e di un blu pallido il citoplasma. Si osserva poi il campione al microscopio. Dal momento del prelievo a quello della lettura trascorrono 20 secondi.

Si richiede la conoscenza di alcuni sem-

plici quadri-base microscopici: eritrociti, neutrofilo, eosinofilo, ife o pseudoife da miceti.

Esaminando essudati e trasudati provenienti da varie sedi, è possibile effettuare rapide diagnosi differenziali tra: **congiuntivite** batterica (presenza di neutrofilo), virale (mononucleati) o allergica (eosinofilo); **rinite** batterica (neutrofilo), virale (mononucleati) o allergica (eosinofilo); **vaginite** batterica (neutrofilo) o aspecifica (cellule infiammatorie miste); **stomatite** da *Candida* (pseudoife) o aspecifica (cellule infiammatorie miste), o semplice presenza di latte sulla lingua (goccioline lipofile in sospensione). In caso di **otorrea**, è possibile distinguere tra forme batteriche (prevalenza di neutrofilo) e fungine (cellule infiammatorie miste con prevalenza di eosinofilo e/o ife o pseudoife); in caso di **dermatite esudativa** di dubbia interpretazione in regione perineale, è possibile effettuare diagnosi differenziale tra dermatite da pannolino (infiammazione aspecifica) e candidiasi cutanea (pseudoife).

Esaminando una goccia di sangue capillare, è inoltre possibile porre una diagnosi presuntiva rapidissima di **appendicite acuta** (notevole aumento di neutrofilo), di **diatesi allergica** (eosinofilia), di **mononucleosi** (cellule di Downey, che compaiono nel sangue periferico prima della positività sierica antigenica).

I filmati relativi ai quadri citologici descritti sono visionabili su *Youtube*, alla voce: Arturo Tozzi.

Questa tecnica, con l'indispensabile supporto di una buona raccolta anamnestica e di un accurato esame obiettivo, consente una diagnosi presuntiva rapidissima nei casi clinici di più comune riscontro nell'ambulatorio pediatrico. Il metodo permette una drastica diminuzione dei costi di assistenza, evitando il ricorso a esami strumentali inutili e aumentando l'appropriatezza terapeutica. Tale tecnica, inoltre, contribuisce a incrementare l'autorevolezza della figura del pediatra di famiglia e, nel caso in cui si diffondesse capillarmente tra i medici ambulatoriali, potrebbe anche essere inserita tra le "prestazioni aggiuntive retribuite di tipo diagnostico".

**Arturo Tozzi**  
Pediatra di famiglia, Napoli

*Sono personalmente in accordo quasi tutto. Vedere direttamente e immediatamente al microscopio quello che si può vedere è un allargamento della comprensione delle cose, nel corso stesso della visita. Ricordo che in Africa, di fronte a una ragazzina col corpo coperto di pustole, naturalmente trattata con antibiotici (e naturalmente insensibile), ho punto una pustoletta, in realtà una vescico-pustola, e in quel liquido c'erano solo eosinofili: era una dermatite IgA-lineare, dia-*

*gnosi che non ho fatto io ma che è stata fatta nel giro di 48 ore dalle 3 o 4 persone a cui ho mandato le foto per internet, ma intanto la mia mente, e forse anche quella dei "curanti" (anzi delle ostinate curanti, tanto per fare il maschilista), si è allargata.*

*Certo, vedere tanti eosinofili nel naso o nel liquido congiuntivale aiuta. Gli eosinofili si riconoscono anche, nello striscio al blu di metilene, per la non colorazione e la dimensione dei granuli. Ma forse è più conveniente fare un minimo di fatica in più: iniziare con una goccia di eosina 0,2% in alcol metilico e farla seguire, dopo un minuto, da un'altra goccia di blu di metilene 0,5% in alcol metilico, poi lavare e guardare.*

*Per le cellule di Downey (grosse cellule con basso rapporto nucleo-citoplasma), specifiche dell'infezione da EBV, in realtà T-lymfociti "bloccati", non so: bisogna saperle riconoscere anche senza Ziehl Nielsen (uno si fa la pratica?!). Forse, una linfocitosi relativa in una tonsillite è più significativa. O, forse, se uno trova una bella tonsillite e fa il test rapido per streptococco, e il test è negativo, ha già in mano la diagnosi. O no? Tanto si tratta comunque di non curare.*

*Le ife si trovano un po' dappertutto, non diciamo nelle feci che ne sono piene (e dunque anche il culino), ma nella cute quasi-sana, e temo, con facilità, nel liquido di otorrea (non credo che esista un'otite fungina, se non in quelli che stanno per morire). Mi ricordo che, durante l'alluvione del Polesine (1951), venivano a frotte in Clinica bambini (del Polesine, appunto), malnutriti e con una dermatite esfoliativa battezzata "dermatite di Leiner"; che facevo lo striscio di sangue, dal dito, e che era sempre pieno di bellissimi stafilococchi (mai più, né prima, visti così regolarmente negli strisci). Ma non penso che si trattasse di sepsi, doveva essere il dito più sporco del solito, oppure una cute favorente lo sviluppo degli stafilococchi. Povere creature! Adesso i sopravvissuti avranno 60 anni.*

*Per l'appendicite, non mi fiderei: nessuno dice di fidarsi della conta leucocitaria e anch'io mi fiderei più del sospetto clinico, che nella maggior parte dei casi è chiaro (e potrebbe diventare confuso se per caso sfortunato i leucociti fossero meno dell'atteso), e che, quando non è chiaro, è meglio che il bambino vada direttamente in ospedale.*

*Guardare al microscopio le cose che non si capiscono, anche l'impetigine (stafilococco, streptococco), o la anite (qui però va molto meglio il test rapido per streptococco), o anche la vaginite fa bene.*

*La disponibilità di un microscopio (da pochi soldi) è come avere un vero amico, ma bisogna abituarci, e allora ci aiuta a crescere (io ci sono cresciuto per forza, a quel modo, da pediatra dantan, parlo del 1950, col microscopio come terzo occhio). Ecco, questo è il genere di esame che aiuta direttamente la clinica. Se si ha il microscopio, un*

microscopio da pochi soldi, non dimentichiamo che con quello si esaminano le urine non centrifugate e si contano i leucociti (e i batteri, e anche le emazie, se si vuole) nell'urina, con precisione, per ml: molto molto molto meglio che inviarle, le urine, per avere una ingannevole urinocoltura dopo 2 giorni.

Questa è la risposta di un vecchio generalista, ma confidiamo in altre esperienze e magari risposte più professionali.

Franco Panizon

## Porpora di Schönlein-Henoch

Desidero esprimere il mio personale apprezzamento ai curatori dell'articolo monografico sulla porpora di Schönlein-Henoch (HSP), pubblicato sul numero di gennaio (*Medico e Bambino* 2009;28:19-26).

Nello specifico, negli stessi giorni nei quali mi è giunta la rivista, ero impegnato nel seguire un paziente affetto da HSP.

Esordio della malattia improvviso, con poco o nulla da riferire nell'anamnesi patologica prossima: porpora palpabile, a disposizione classica, senza dolore addominale o artralgie o microematuria. Mentre andava a remissione questo primo episodio, si è verificata una successiva *poussées* purpurica, accompagnata da minimo dolore addominale: il bambino è stato condotto in ospedale per iniziativa dei genitori. Confermata la diagnosi, è stato dimesso due giorni dopo, con gli elementi purpurici in netto miglioramento e assenza di coinvolgimento renale, testimoniato da successivi esami di urina, sempre negativi. Tranquillizzazione dei genitori e rassicurazione sulla verosimile ripresa a breve della normale vita.

E qui arriva il momento in cui ho "benedetto" una volta di più *Medico e Bambino*: mi capita in studio la mamma con il bimbo e mi viene riferito - non senza ansia - che il bambino, in concomitanza con una ripresa

modesta della porpora, lamentava dolore frontale e parieto-occipitale: in corrispondenza del cuoio capelluto, in quelle sedi, erano apprezzabili due tumefazioni, delle quali non sono stato inizialmente in grado di precisare la natura.

D'accordo con i genitori, chiedo consulenza nella Divisione di Pediatria dell'Ospedale di riferimento, dove peraltro il primario mi tranquillizza, asserendo che è un segno clinico compatibile con HSP. Alcune ore di osservazione breve, poi dimissione.

Poche ore dopo, leggendo *Medico e Bambino*, la natura della tumefazione si è in breve chiarita: "Il danno a carico dei vasi cutanei può risultare in un angioedema localizzato che può precedere la porpora. A volte l'angioedema ha una disposizione caratteristica che coinvolge il dorso delle mani e lo scalpo".

Bene, mi sono detto, anche questa è fatta: ho visto una manifestazione che mi era ignota e ora so di cosa si tratta. Ribadisco la mia tranquillità ai genitori e vedo la riduzione dell'entità della manifestazione purpurica in parallelo con la detumescenza nelle due aree del cuoio capelluto, sempre in assenza di sintomatologia dolorosa addominale e articolare e con esame urine del tutto negativo.

A distanza di pochi giorni arriva la telefonata allarmata della famiglia: il bambino aveva avuto una rettorragia (mentre stava defecando), senza precedente dolore addominale, con perdita di coscienza; immediato rientro in ospedale, dove avviene un altro episodio di rettorragia, dovuta a un'invaginazione intestinale sulla base del reperto ecografico: "Invaginazioni di alcune anse del piccolo intestino (diametro massimo circa 24 mm). Non versamento peritoneale".

Quindi, sintetizzando, potrei dire che:

- La malattia che ho avuto modo di seguire ha avuto tre *poussées* di eruzione purpurica successive, ma in apparenza non legate a fatti acuti intercorrenti.

- L'angioedema che si è verificato a livello dello scalpo (fronte e parietooccipite) mi era ignoto e qui ringrazio i curatori della monografia perché mi hanno permesso, con la loro approfondita ricerca sull'argomento, di imparare un segno clinico del tutto inusuale.

- L'invaginazione intestinale, altro fatto clinico non certo frequente, si è risolta spontaneamente entro le 24 ore successive, dopo che il bimbo aveva avuto altri due episodi di ematochezia; la seconda eco addome, di controllo, eseguita il giorno successivo al fatto acuto dell'invaginazione ileo-ileale, ha mostrato l'assenza di reperti compatibili con invaginazione.

- Le condizioni generali del bambino sono - a tutt'oggi - in miglioramento spontaneo, senza ricorso a terapia medica né tantomeno a terapia chirurgica.

Saverio Mirabassi  
Pediatria, Trento

*La ringraziamo molto per l'apprezzamento all'articolo, che aveva la finalità di riportare la sintesi delle evidenze su una malattia relativamente comune, ma anche il vissuto degli Autori, almeno per alcuni degli aspetti clinici che più di altri ci sentivamo di sottolineare.*

*L'angioedema, che può avere una disposizione caratteristica in quanto spesso coinvolge il dorso delle mani e lo scalpo, è stato un segno molto valorizzato da uno degli Autori per averne visti due casi, con una diagnosi anticipatoria quasi a "colpo d'occhio".*

*Gli altri messaggi chiave che riporta, appresi dalla storia del Suo bambino, sono quelli giusti e significativi: le *poussées*, di cui bisogna sempre informare i genitori, il coinvolgimento intestinale, con un andamento e una gravità non sempre prevedibili, ma spesso, come nel Suo caso, con risoluzione spontanea.*

Federico Marchetti

## M&B La Notizia

### CHI L'HA VISTA?

"I numeri del sistema di sorveglianza nazionale lasciano poco spazio ai dubbi: la stagione influenzale 2008-2009 è proprio finita! A differenza degli anni scorsi, però, sembra che i mezzi di informazione non se ne siano accorti. Tra una notizia e l'altra (Eluana, gli immigrati, Beckham...) la curva epidemica ha raggiunto il suo massimo nella quarta settimana dell'anno e ora sta rapidamente ritornando alla normalità senza che una sola testata giornalistica o televisiva le abbia prestato la tradizionale attenzione. Internet ne è testimone impietoso: bastano infatti pochi minuti di navigazione sul web per rendersi conto che gli annunci autunnali sono caduti nell'oblio. E dire che le premesse erano tutt'altro che buone, alcune addirittura terrificanti:

- *ESWI (il gruppo di studio europeo pluri-sponsorizzato sull'influenza riunitosi in Portogallo, quello responsabile della pandemia di disinformazione del 2005-2006) aveva parlato di "pandemia imminente";*
- *la Sitl (la società scientifica degli igienisti) aveva definito l'influenza australiana quale "la più aggressiva degli ultimi anni";*
- *il Ministero della Salute aveva inaugurato un apposito sito di prevenzione interattiva con tanti test (gadget) e consigli (meglio i fazzoletti di carta...);*
- *i soliti untorelli avevano previsto "sette milioni di italiani a letto per Natale", un virus "aggressivo e cattivo", una "diffusione favorita dal gran freddo", eccetera.*

Come tutti gli anni, il sudario era stato agitato ben bene...

... Usando le parole di David Nabarro (OMS), lo zar della pandemia: "Beh. Forse abbiamo esagerato un po'..."

Tratto da: [http://www.attentiallebufale.it/qualita/riflessioni\\_chilhavista.html](http://www.attentiallebufale.it/qualita/riflessioni_chilhavista.html)