

Delle risposte è responsabile il Comitato Editoriale che si avvale del contributo di esperti per ogni singola disciplina pediatrica:

ALLERGOLOGIA, CARDIOLOGIA, CHIRURGIA, DERMATOLOGIA, DIABETE-ENDOCRINOLOGIA, EMATOLOGIA-ONCOLOGIA, EPATOLOGIA, FARMACOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, GENETICA, GINECOLOGIA PEDIATRICA, IMMUNOLOGIA, NEFRO-UROLOGIA, NEONATOLOGIA, NEUROLOGIA, NUTRIZIONE, OCULISTICA, ODONTOSTOMATOLOGIA, ORTOPEDIA, OTORINOLARINGOIATRIA, PATOLOGIA INFETTIVA, PNEUMOLOGIA, PSICHIATRIA, PSICOLOGIA, RADIOLOGIA, REUMATOLOGIA, VACCINAZIONI

**La macchinetta per l'aerosol è uno degli "elettrodomestici" maggiormente presenti nelle case degli italiani con bambini, forse più che la TV.**

**Troppo spesso vengono usati per aerosol cortisonici per via aerosolica, da soli o diluiti nell'altrettanto inutile soluzione fisiologica (1 litro costa 98,60 euro!), cortisonici la cui utilità è dimostrata solo per alcune condizioni patologiche (asma per esempio). Invece troppo spesso questi farmaci vengono usati in corso di banali malattie da raffreddamento, pensando che siano in ogni caso utili e innocui. Allora mi chiedo e vi chiedo, se noi medici il raffreddore non lo curiamo se ne siamo affetti, perché lo curiamo facendo spendere soldi inutilmente ai nostri piccoli pazienti? È giusto usare l'aerosolterapia come placebo o viene usata per altri motivi? E dopo sei anni di università e quattro di specializzazione, è giusto usare i nostri studi in questo modo?**

dott. Francesco Alibrandi  
Pediatra di base, Feltre

Le risposte se le è già date da solo. Posso confermare che il dato sull'utilizzo dei cortisonici per via aerosolica (con il nebulizzatore) è oggettivamente sconcertante. Dalla banca dati del progetto ARNO (osservatorio delle prescrizioni farmaceutiche a cui partecipano 29 ASL sul territorio nazionale) emerge che più dell'80% dei bambini riceve una prescrizione di cortisonici per aerosol (più della metà il beclometasone), che rappresentano il 20% di tutti i farmaci prescritti in età pediatrica e che sono usati il doppio rispetto ai beta2-agonisti. Evidentemente molte prescrizioni sono per indicazioni (si fa per dire) diverse da quella che rappresenta l'unica sostanzialmente corretta, che è la terapia di fondo dell'asma bronchiale allergico.

**Una neonata presenta un'evidente fossetta pilonidale attualmente non secernente; non mostra nessun impaccio al movimento delle gambine, non ha ciuffi**

**di peli né masse palpabili. C'è una importante familiarità di mielomeningocele nel ramo materno. Ci sono vantaggi a fare una RMN precoce? Quale altro comportamento è eventualmente consigliabile assumere?**

Pediatra di famiglia

Le fossette in regione sacro-coccigea sono relativamente frequenti e poco importanti. Bisogna solo essere certi che non ci sia una fistola, dato che in questo caso, ovviamente, le cose cambiano di molto. I problemi associati, oltre alle infezioni, sono l'ancoraggio del midollo e anomalie intraspinali.

1. Se è solo una semplice fossetta, noi non facciamo nulla, a meno che non vi siano dei segni di sospetto:

a) posizione eccentrica; b) altri segni cutanei locali; c) associate anomalie dei piedi.

Altri segni neurologici non sono abitualmente evidenziabili alla nascita.

2. Se vi è invece il dubbio di una fistola: a) le Rx non servono molto, dato che la mineralizzazione ossea alla nascita è incompleta (oltretutto il 10-20% di noi ha una lamina incompleta e sta di solito benissimo);

b) un'ecografia nelle prime settimane di vita può essere molto utile nell'evidenziare il tragitto fistoloso e nel rilevare alcune anomalie intratecali (es. lipomeningocele). Deve essere fatta da qualcuno con un minimo di esperienza e con quesiti ben precisati. I limiti sono che la parte intratecale della fistola e gli epidermoidi, se non hanno grasso, non sono visibili agli ultrasuoni (ma neanche alla RM standard);

c) La RM, con o senza contrasto paramagnetico, rimane l'esame di scelta.

3. Se vi sono anomalie intramidollari, non vi è un consenso univoco sul da farsi. Con la possibile eccezione del lipomeningocele però, la maggior parte propende per un intervento chirurgico preventivo, ossia prima che si manifestino deficit neurologici.

**Di recente ho incontrato un caro amico fisioterapista che non vedevo da alcuni anni. Mi ha parlato di riabilitazione occlusoposturale, di pedoposturologia e di terapia cranio-sacrale.**

**Mi ha spiegato che spesso alcuni problemi della deambulazione o della postura dei bambini e ragazzi possono dipendere da apparecchi dentari non perfetti.**

**Che le ossa del cranio compiono dei movimenti dieci volte al minuto, ecc.**

**Ho trovato la discussione interessante e, anche se fatta da un amico preparato, gradirei un vostro parere e il consiglio di qualche volume da leggere per saperne di più.**

Pediatra di famiglia, Belluno

I rapporti fra occlusione e postura costituiscono un problema di grande attualità. La loro natura eminentemente clinica, però, li rende poco adatti a una validazione scientifica, che a tutt'oggi manca. Non si può peraltro escludere che, in buone mani, intervenendo nel distretto oro-occlusale, con meccanismo chiamato "discendente" si possano portare benefici all'assetto posturale: in maniera in fondo simile, con meccanismo chiamato "ascendente", è possibile fare altrettanto agendo sulla pianta del piede.

I concetti legati al "movimento cranio-sacrale" nascono in ambiente osteopatico e chiropratico, discipline molto diffuse negli USA, ma ufficialmente assenti in Italia (nella Comunità Europea l'osteopatia è ufficializzata in Francia e nei Paesi anglosassoni), ma vi si sono accostati alcuni fisioterapisti, fisiatristi e ortopedici anche nel nostro Paese. L'argomento è serio, ovviamente se trattato da persone serie.

Per saperne di più le segnalo: Walther DS, *Kinesiologia Applicata, Synopsis*; Bernkopf E, Broia V, Bertarini AM, "Rapporti tra malocclusione e atteggiamenti scorretti del rachide nel bambino". *Il Medico Pediatra* 1995;4(1):19-24.