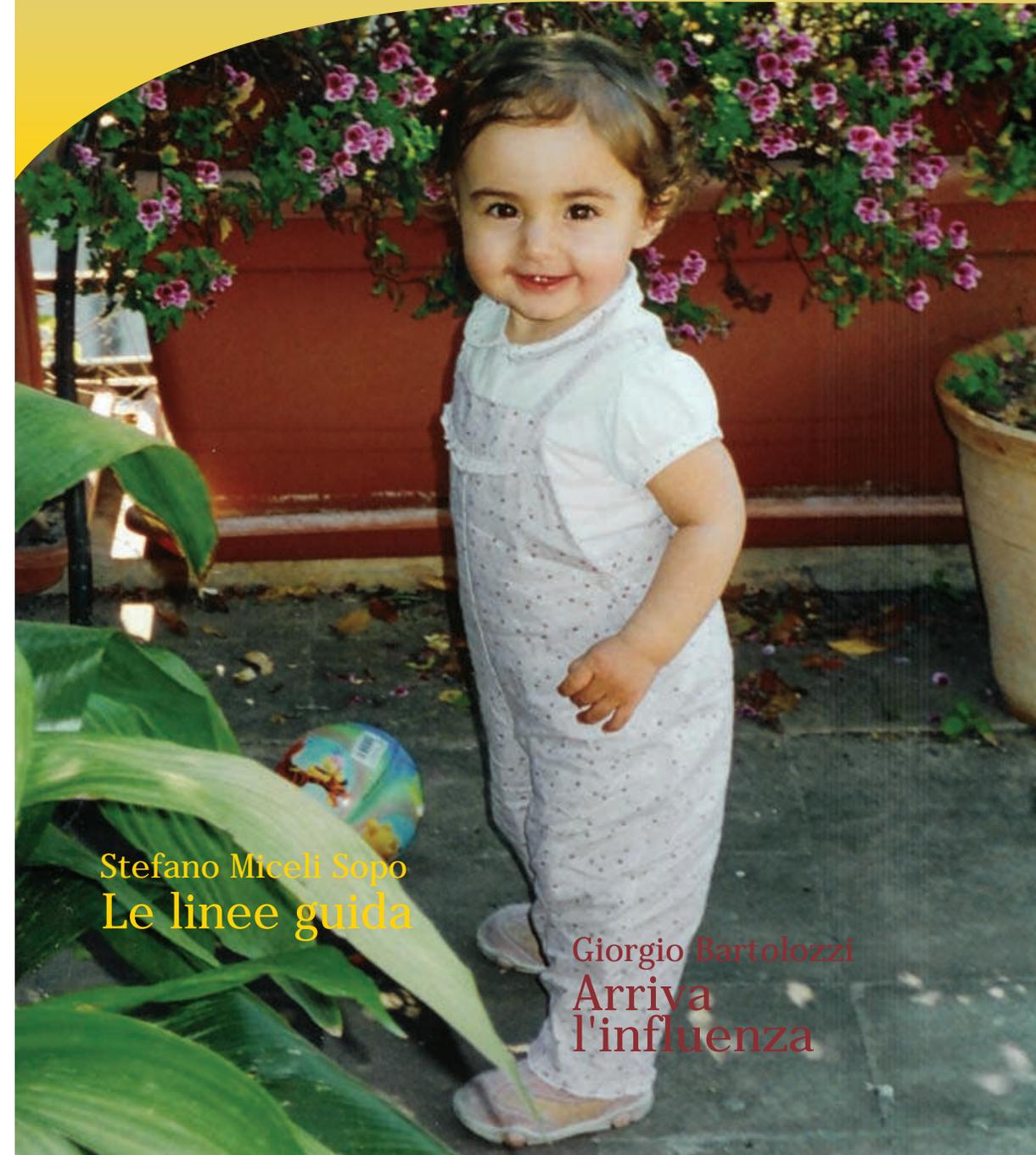


note di cultura per il pediatra

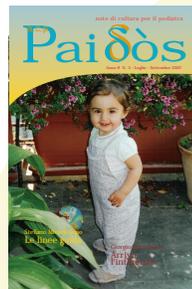
a.c.p.
Paiδòs

Anno 8 N. 3 - Luglio - Settembre 2007



Stefano Miceli Sopo
Le linee guida

Giorgio Bartolozzi
Arriva
l'influenza



Rivista Paidòs

Direttore responsabile
Francesco La Magna

Direttore
Antonino Gulino

Vicedirettore
Maria Libranti

Comitato Scientifico
Giorgio Bartolozzi
Alberto Fischer
Lorenzo Pavone
Gino Schilirò

Responsabile
di redazione
Francesco Privitera

Comitato di redazione
Filippo Di Forti
Vito Marletta
Salvatore Spitaleri

Collaboratori
Giusy Germania
Angelo Milazzo
Sergio Sambataro
Giuseppe Mazzola
Daniela Rocca
Mario Cuccia

C. D. Ass. Culturale* Paidos

Alberto Fischer
Salvatore Bonforte
Rosario Bucchieri
Filippo Di Forti
Antonino Gulino
Maria Libranti
Lidia Luglio
Vito Marletta
Giuseppe Mazzola
Gino Miano
Giuseppe Patané
Francesco Privitera
Salvatore Spitaleri

Segreteria e Grafica

ASC Europromo
Tel. 347 7792521
Fax 095 7571514
redazione.paidos@tiscalinet.it

Stampa

Eurografica La Rocca
Riposto (CT)
Tel. 095 931661 - 095 9700035
info@eurograficalarocca.it

Questo periodico è distribuito
gratuitamente ai pediatri

Reg. Tribunale di Catania
N. 27/2000 del 30/11/2000

EDITORIALE

Libertà di scelta

di Antonino Gulino

La nostra attività di pediatri ci impone responsabilità crescenti: ciascuno di noi è tenuto a dare risposte adeguate e soddisfacenti a dei bisogni primari, quali quelli della salute, che non ammettono errori o peggio negligenze.

Il dubbio di operare in modo corretto ci assale quotidianamente; il bisogno di certezze ci spinge a studiare, a cercare percorsi virtuosi che ci aiutino in ogni situazione clinica, banale o complessa che sia.

In questo contesto le linee guida sono diventate sempre più importanti, sia perché ci aiutano nelle nostre scelte sia perché permettono di uniformare i nostri comportamenti a standard scientificamente validati.

Ma come spesso accade il ricorso esasperato ad uno strumento pur valido può creare situazioni aberranti, sia per il medico che si sente costretto ad assumere decisioni cliniche e terapeutiche non sempre pienamente comprese e condivise sia per il paziente, al quale viene proposta una terapia formalmente corretta, ma che non tiene conto delle sue personali esigenze.

Il bisogno di una buona medicina, come sottolinea Stefano Miceli Sopo nell'intervista che troverete in questo numero, non è solo del paziente ma anche del medico.

I nostri studi, le nostre mail sono travolte da un fiume in piena di pubblicazioni, di lavori scientifici dai risultati sempre brillanti, che noi molto onestamente non siamo spesso in grado di giudicare, e aspettiamo con ansia i giudizi di grandi pediatri come il nostro amato Giorgio Bartolozzi per essere rassicurati o messi in allarme sulla novità di giornata.

E' sufficiente? Non credo! E' certamente comodo, ma non sufficiente. Oggi più di ieri abbiamo bisogno non solo di leggere ma di capire. La tanto decantata formazione continua non deve darci solo le ultime news, ma metterci in condizione di utilizzare criticamente i rimedi che l'industria farmaceutica, peraltro unica istituzione capace ancora di investire in ricerca, ci mette a disposizione.

L'università in fase di formazione, le società scientifiche successivamente, devono riappropriarsi di questo compito, ridare dignità e prestigio ad ogni singolo medico fornendogli non inutili *convention*, dove i relatori sono invitati secondo un rigido manuale Cencelli, ma dando le giuste conoscenze per esaminare la validità di un lavoro scientifico o una linea guida.

Noi come Paidos ci abbiamo provato, ci proviamo, sperando che le istituzioni diventino più sensibili a queste problematiche che investono il futuro ruolo del medico. Bisogna decidere se è meglio un rigido esecutore di accreditatissime linee guida o un medico che, pur con mille dubbi, continui liberamente a scegliere secondo scienza e coscienza.

SOMMARIO

- 3 Editoriale
- 4 L'angolo di Giorgio Bartolozzi
- 5 LG della bronchiolite acuta
- 6 News dal territorio
- 7 Le congiuntiviti allergiche
- 10 Morso incrociato
- 12 Le linee guida
- 16 L'allergonauta
- 17 Lo stupidiatra
- 18 Cannabis e cannabinoidi
- 19 Pediatri tra le stelle
- 20 Pillole di endocrinologia
- 21 Linee guida autismo
- 22 News dalla rete

RUBRICHE

- 11 Digiamocelo
- 14 Reunions e disunions
- 14 Cinema e pediatria
- 15 Recensioni

Copertina
(foto di M. Libranti)

L'attività di ricerca scientifica ed epidemiologica sulle vaccinazioni è sempre florida, tanto che le nostre conoscenze su questo tema sono destinate ad arricchirsi continuamente. Pertanto è auspicabile che nel prossimo futuro possiamo ulteriormente migliorare la nostra capacità di prevenzione anche nei confronti dell'influenza.

Influenza alle porte



di Giorgio Bartolozzi

Tra le numerose pubblicazioni apparse negli ultimi mesi, due rivestono particolare interesse. Una, del febbraio 2007 sul *N Engl J Med* (Belsche RB et al. 356:685), riguarda la vaccinazione contro l'influenza (vaccino vivo attenuato vs vaccino inattivato) nel lattante e nel piccolo bambino. La seconda, dell'agosto 2007, riguarda l'utilizzo di un nuovo, efficace, adiuvante nella preparazione del vaccino H5N1 per la prevenzione della pandemia influenzale (Leroux-Roels et al, *Lancet* 2007, 370:580).

Dal primo lavoro, condotto secondo i più ferrei criteri metodologici, si ricavano dati che in parte confermano la scarsa efficacia dei vaccini anti-influenzali nei bambini dai 7 ai 12 mesi ed in parte riportano esperienze favorevoli nei bambini dai 12 ai 59 mesi, sia con il vaccino at-

tenuto che con il vaccino inattivato. E' dato osservare anche come il vaccino vivo attenuato, che presenta l'efficacia migliore, comporta un rischio di wheezing maggiore, tale da esser sconsigliato nei bambini con storia di wheezing. A tal proposito è bene ricordare come nella circolare ministeriale sull'influenza (Roma 2 agosto 2007) la definizione di "asma" è troppo generica.

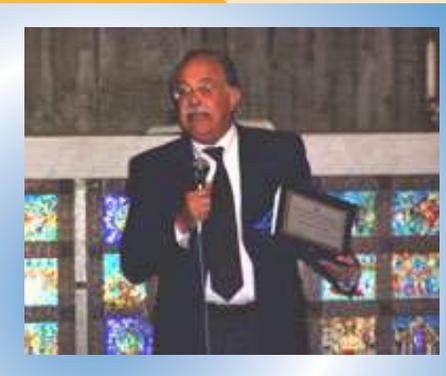
Avrei preferito la dizione "asma di grado severo". In questa circolare il riferimento alla vaccinazione di bambini non compresi nelle categorie a rischio (soprattutto bambini dai 6 ai 24 mesi, per i quali negli USA è stata raccomandata la vaccinazione) mi sembra corretto e scientificamente condivisibile. Il punto di vista espresso nella circolare comprende, come viene detto espressamente, quello espresso dai servizi di Sanità Pubblica

dei Paesi Europei, nessuno dei quali, al momento attuale, promuove programmi di offerta pubblica gratuita ai bambini che non presentano fattori individuali di rischio.

Personalmente gradisco la frase "ciò non significa che vi siano controindicazioni alla vaccinazione di bambini sani di età superiore ai sei mesi, quando il loro pediatra optasse per tale scelta". Un'apertura così ampia alla pediatria non era stata contenuta in nessuna delle circolari degli anni precedenti.

L'affermazione fa capire che i desideri dei pediatri di estendere la vaccinazione a tutti i bambini sani, è stata recepita e valutata. Sarebbe consigliabile estendere la vaccinazione ai bambini che frequentano l'asilo nido ed a tutti quei bambini il cui pediatra ritenga corrano un aumentato rischio, anche quando sono fuori dalle classiche categorie a rischio.

Stefano Miceli Sopo, nell'intervista raccolta da Filippo di Forti in queste stesse pagine, riconferma e sottolinea l'importanza metodologica delle linee guida, che rappresentano l'espressione finale di una medicina che fonda i suoi criteri di scelta sulle migliori evidenze disponibili. Stefano ricorda come una delle più recenti linee guida dell'American Academy Of Pediatrics, sulla bronchiolite acuta, sia da considerare come tra le migliori prodotte su questa patologia.



LG della bronchiolite acuta

di Alberto Fischer

L'elaborazione delle linee guida sulla bronchiolite ha coinvolto la Sottocommissione specifica dell'AAP in una grossa metanalisi della letteratura, durata dal 2004 al 2006. Alcune raccomandazioni, che presentano maggior forza di evidenza, saranno esposte qui di seguito (livello B di *evidence*).

La *prima raccomandazione* è certamente quella che ha il maggior riscontro nella nostra quotidiana attività. Essa ci dice come la diagnosi deve esser posta esclusivamente attraverso la valutazione clinica e la storia, che quantifica il tipo di rischio. Di routine debbono essere abbandonati esami di laboratorio e radiologia.

Nella analisi che caratterizza la *seconda raccomandazione* viene preso in esame il concetto di rischio. I numerosi studi che identificano metodi a punteggio per stabilire il rischio verso un'evoluzione seria della bronchiolite non hanno ottenuto una validazione tale da poterli definire come riferimenti utili. Sta di fatto che un'età inferiore alle 12 settimane o una storia di basso peso alla nascita, o di patologia cardiaca emodinamicamente impegnativa e una patologia polmonare di base (broncopatia ostruttiva, fibrosi cistica) sono sicuramente collegati con un maggior rischio d'ingravescenza, anche rapida, in tutti gli studi analizzati.

Tra i metodi di rilevazione del rischio molti studi prendono in considerazione la tachipnea. Tuttavia la variabilità nell'ambito della normalità di questo parametro ne inficia il valore predittivo. La frequenza nel bambino passa da un valore medio di 50 al minuto alla nascita, per scendere a 40 a 6 mesi ed a 30 al 12° mese. Comunque l'assenza di tachipnea depone sicuramente per assenza di patologie delle basse vie aeree o di

una polmonite.

Di indubbio valore è il rifiuto dell'alimentazione e la disidratazione o il torpore nella valutazione dell'intensità della patologia. Uno score comune di riferimento può esser quello tracciato dal Respiratory Distress Assessment Instrument. L'ossimetria può esser d'aiuto solo nell'individuare un'ipossiemia non evidente all'esame clinico, e comunque relegabile nell'ambito dell'ospedalizzazione. In questa analisi è ripreso il concetto che la radiografia non è prassi diagnostica di routine, ma deve esser presa in considerazione se il bambino ospedalizzato non migliora o se vi è il sospetto di altra patologia. Le ricerche batteriologiche, infine, non hanno senso data la bassa frequenza dell'etologia batterica, ma non possono non essere considerate nell'ambito di una concomitante patologia come la sepsi o una ivu.

Nella *raccomandazione 2a* la LG ci dice che non ci sono molti studi validi per considerare il ricorso a broncodilatatori di routine nel trattamento della bronchiolite (RCTs con limitazioni e preponderanza di studi con rapporto costo/beneficio alto). Beh, chi non li usa alza la mano! Tuttavia non ci si oppone all'uso, anche non rutinario, tanto che vengono esaminati diversi studi, confrontando l'utilizzo di albuterolo/salbutamolo con quello di epinefrina/adrenalina, sempre per nebulizzazione. Il report della Cochrane, dopo metanalisi di studi comparativi, conclude: non vi sono sufficienti prove di supporto all'uso dell'epinefrina nei casi di bronchiolite acuta. Vi sono poche prove che l'epinefrina abbia qualche vantaggio rispetto al salbutamolo nel trattamento della bronchiolite.

La *raccomandazione 3*, con livello di eviden-

za B, è quella di non utilizzare in maniera routinaria gli steroidi. I reports americani indicano come per il 60% dei lattanti ospedalizzati si fa ricorso agli steroidi. Tuttavia una metanalisi di RCTs coinvolgente ben 1200 bambini con bronchiolite non ha dimostrato sufficienti evidenze per il ricorso al trattamento steroideo. Il database della Cochrane include 13 studi in proposito e l'analisi ha evidenziato miglioramenti non significativi statisticamente.

Infine la raccomandazione 5 ricorda la necessità di utilizzare antibiotici solo quando vi sono fondati sospetti di un'infezione batterica. E' vero che molti bambini con bronchiolite ricevono antibiotici, in ragione della giovane età o di una febbre elevata, ma i primi RCTs evidenziano come non esiste nessun beneficio nel trattamento antibiotico della bronchiolite. E' tuttavia vero che nulla esclude una infezione batterica in un bambino con bronchiolite. Numerosi studi retrospettivi indicano un basso tasso di batteriemia nei piccoli con bronchiolite ed in quelli con batteriemia vi era nel 70% dei casi una IVU o una meningite. Circa il 25% dei bambini ospedalizzati presenta segni radiografici di infiltrati o atelettasia, interpretati spesso come di natura batterica.

La LG dell'AAP esprime altre raccomandazioni importanti (ossigenazione, allattamento materno, profilassi con palivizumab, ecc.) ma noi ci fermiamo qui poiché ci preme indicare alcuni punti comportamentali, invitando i colleghi che lo vogliano a leggerli il documento completo. Le raccomandazioni di una LG sono

importanti perché ci tracciano la strada da seguire, ma è necessario conoscere il metodo seguito nella loro formulazione, per non cadere nell'errore di considerare valida una LG inficiata da bias di studio o da conflitti d'interesse. Noi vorremo trarre qualche conclusione per saperci come comportare e sapere se le nostre scelte sono corrette. Soffermiamoci quindi sui seguenti punti:

1. Le bronchioliti sono causate per il 70-80% dei casi da virus e il RSV è quello che nei primi mesi di vita rappresenta il responsabile più frequente

2. Fattori di rischio per una evoluzione seria sono rappresentati dal basso peso alla nascita o da concomitanti patologie cardiache, polmonari o da deficit immunologici.

3. La diagnosi è fondamentalmente clinica ed a nulla servono esami di laboratorio e radiologia, a meno che la bronchiolite duri eccessivamente, sia grave o si sospetti altra patologia.

4. La clinica guida le nostre scelte e traccia le indicazioni all'ospedalizzazione. Dati importanti sono il rifiuto dell'alimento, la disidratazione, la tachipnea che supera notevolmente la frequenza prevista come normale per l'età, una ipossigenazione, una patologia cardiaca con impegno emodinamico.

5. Steroidi e broncodilatatori non sono consigliati in maniera routinaria, ma qualche efficacia è stata riscontrata in diversi studi con salbutamolo o epinefrina in nebulizzatori. E' preferibile che il trattamento con epinefrina venga fatto in ambiente ospedaliero.

Le congiuntiviti allergiche in età pediatrica

di Daniela Rocca

INTRODUZIONE. Negli ultimi anni, soprattutto nei paesi industrializzati, è aumentata in maniera significativa l'incidenza e la prevalenza delle patologie allergiche con un coinvolgimento congiuntivale sempre più frequente. In realtà il termine generico di "congiuntivite allergica" comprende diverse entità che si distinguono per caratteristiche cliniche, patogenesi, prognosi e impostazione terapeutica. Nella maggior parte dei casi, però, la diagnosi di patologia oculare allergica è solo presuntiva, poiché solo raramente viene seguito un iter diagnostico completo di test di laboratorio.

IMMUNOPATOGENESI. La mucosa congiuntivale è costantemente lubrificata dalle lacrime che la proteggono allontanando meccanicamente elementi patogeni, allergeni ed irritanti ed agisce chimicamente per la presenza di lactoferrina, lisozima e interferone. In soggetti predisposti geneticamente il contatto con sostanze normalmente innocue, come certi allergeni, si trasforma in una iperreattività Ig-E mediata creando così le manifestazioni tipiche dell'allergia.

Le caratteristiche principali dei soggetti allergici sono l'aumentata e persistente produzione di IGE e la facilitata liberazione di mediatori proinfiammatori da parte di mastociti e basofili. Nell'intero processo flogistico bisogna tenere anche in considerazione che la stessa reattività specifica della mucosa è influenzata sia da fattori legati all'allergene (quantità e durata dell'esposizione, esistenza di precedenti esposizioni allo stesso o ad altri allergeni) che da fattori aspecifici (fumo, inquinanti atmosferici); questi ultimi, infatti, favorirebbero l'insorgenza di sensibilizzazioni allergiche agendo come adiuvanti.

Nell'immunopatogenesi della flogosi allergica mastociti e basofili rappresentano le cellule cardine della reazione allergica; vengono distinte due fasi:

1. Fase intermedia: corrisponde alla crisi acuta che si verifica subito dopo l'esposizione all'allergene e che si manifesta clinicamente con edema e iperemia della congiuntiva e delle palpebre, associate ad intenso prurito e lacrimazione. Questa fase può essere prevenuta da farmaci stabilizzatori della membrana dei mastociti e solo parzialmente dagli antistaminici e steroidi. Essa rappresenta la risposta essudativa e vasomotoria della reazione allergica.

2. Fase tardiva: insorge a distanza di ore dall'esposizione allergica e ha un decorso prolungato e multifasico. Anche la reazione tardiva può essere prevenuta dall'uso degli stabilizzatori di membrana e dagli steroidi. Clinicamente è caratterizzata da un aspetto flogistico della mucosa e da una sintomatologia variegata.

EZIOLOGIA. Gli allergeni si possono distin-

guere:

a) Allergeni da inalazione: pollini, dermatofagoidi, spore fungine e derivati epidermici di animali;

b) Allergeni da ingestione: alimenti, sostanze chimiche e farmaci;

c) Allergeni da iniezione: farmaci e veleni;

d) Allergeni da contatto: sostanze chimiche, farmaci ad uso topico.

I pollini che più frequentemente sono responsabili dei fenomeni allergici derivano da piante erbacee delle famiglie delle Graminacee, delle Parietarie, delle Composite o da piante arboree delle famiglie delle Oleacee, Betullacee, etc. Molti allergeni ambientali evidenziano reattività crociate con allergeni alimentari, creando reazioni ed interazioni a volte inspiegabili. Oltre agli allergeni stagionali, vi sono gli allergeni cosiddetti *perenni* perché presenti negli ambienti confinati tutto l'anno.

Il *Dermatophagoides pteronyssinus*, o acaro domestico, è la principale fonte di allergeni presenti perennemente in ambito domestico, anche se le condizioni di umidità e temperatura favoriscono un maggior ciclo riproduttivo in autunno. I derivati epidermici di cani e gatti, le spore fungine, alcune fibre vegetali, il lattice rappresentano soltanto alcuni tra i tanti allergeni perenni. Gli allergeni alimentari più frequentemente responsabili di reazioni allergiche sono il latte e i suoi derivati, l'albumina d'uovo, i crostacei, le carni animali e i vegetali.

CLASSIFICAZIONE E CLINICA. Esistono diverse classificazioni a seconda del criterio considerato e ciò crea molta confusione sull'argomento; l'importante è riuscire a inquadrare il paziente in una determinata categoria clinica onde poter adottare la terapia più corretta e formulare una prognosi a lungo termine.

Verranno considerati solo i primi tre punti della tabella, per semplicità di trattazione e per il maggiore interesse in età pediatrica.

CLASSIFICAZIONE DELLE ALLERGIE OCULARI

- 1) Blefarocongiuntivite allergica acuta
- 2) Congiuntivite allergica Stagionale perenne
- 3) Cheratocongiuntivite primaverile
- 4) Cheratocongiuntivite atopica (adulti)
- 5) Blefarocongiuntivite eczematosa da contatto
- 6) Cheratocongiuntivite microbioallergica
- 7) Congiuntivite gigantomapillare
- 8) Congiuntivite lignea

News dal territorio

La vaccinazione HPV

di Mario Cuccia

Con le Determinazioni 28/02/2007 e 29/10/2007 l'Agenzia Italiana del Farmaco ha deliberato il regime di rimborsabilità dei vaccini anti-HPV GARDASIL e CERVARIX. I vaccini sono stati classificati in classe H-RR e ne è stata prevista la dispensazione attraverso il SSN e la gratuità per le bambine nel corso del dodicesimo anno di vita (dal compimento degli 11 anni fino al compimento dei 12 anni).

In analogia a quanto già disposto dalla maggior parte delle regioni italiane, anche la Regione Siciliana, D.A. 20/07/2007 (G.U.R.S. n.36 del 10/08/2007) ha introdotto nel suo calendario vaccinale la vaccinazione anti-HPV, rimandando, però, ad un successivo atto "il programma vaccinale nel quale dovranno essere descritte le modalità di offerta attiva da parte delle strutture del SSR".

Con una recente nota del 02/11/2007, l'Ispettorato Regionale Sanitario, richiamando quanto riportato nelle Determinazioni predette, ha voluto ribadire che - pur in assenza di un'offerta attiva del vaccino anti-HPV - sussiste il diritto delle ragazze nel dodicesimo anno di vita ad usufruire gratuitamente della vaccinazione.

Ogni AUSL siciliana, quindi, dovrà dare corso a disposto, con le modalità che riterrà più opportune, nelle more della campagna di vaccinazione che il Ministero della Salute prevede di avviare a partire dal gennaio 2008.

Nei prossimi giorni, sulla base di quanto stabilirà la Direzione aziendale dell'AUSL 3, considerati anche i vincoli economici derivanti dal "Piano di rientro", i Pediatri saranno informati sulle modalità di fruizione della vaccinazione anti-HPV nella provincia di Catania.

La *blefarocongiuntivite acuta* (figura 1) si manifesta improvvisamente, anche senza



un'apparente esposizione allergenica, con un importante edema palpebrale e congiuntivale mono o bilaterale, accompagnato o no da prurito. La durata degli episodi varia da poche ore a un paio di giorni e si risolve anche spontaneamente, ma più rapidamente con l'uso di antistaminici per via sistemica.

La *congiuntivite allergica* (figura 2), insieme



alla rinite e l'asma con cui può essere associata o meno, è la classica manifestazione di una ipersensibilità IgE mediata verso allergeni ambientali. Clinicamente è caratterizzata da sintomi e segni aspecifici quali prurito oculare, lacrimazione, bruciore, sensazione di corpo estraneo, iperemia congiuntivale, edema palpebrale e da segni specifici come l'ipertrofia papillare. Nelle forme perenni la sintomatologia è più sfumata rispetto alle forme stagionali, ma l'ipertrofia papillare è quasi sempre presente in quanto espressione di un'infiltrazione cellulare cronica. In realtà per raggiungere una diagnosi specifica sono necessari esami allergologici "in vivo" e "in vitro".

La *congiuntivite primaverile* (Vernal secondo gli autori americani) (figura 3) rappresenta una



forma più rara e severa di congiuntivite allergica. È più frequente nei climi caldi (area Mediterranea,

Medio Oriente, India) e colpisce per lo più maschi dai 3 ai 20 anni. Si attenua o si risolve spontaneamente solo dopo la pubertà, anche se, in alcuni casi, può persistere anche in età adulta. La malattia è stagionale, dall'inizio della primavera fino all'autunno. Spesso è associata ad altre manifestazioni allergiche quali asma, eczema e rinite. Oggi si ritiene che sia l'esposizione alle radiazioni UV ad avere un effetto scatenante. I sintomi sono rappresentati da prurito e fotofobia intensi, che spesso si associano a notevole lacrimazione e secrezione viscosa e si accentuano in condizioni ambientali caldo-umide (peggiore spesso in estate). Il continuo sfregamento delle palpebre aumenta la degranolazione dei mastociti e, quindi, il prurito e l'infiammazione e può favorire la sovrapposizione batterica. Le alterazioni congiuntivali interessano prevalentemente la congiuntiva tarsale e sono costituite da papille, secondarie all'ipertrofia dei follicoli linfatici ivi presenti, che danno alla mucosa un aspetto caratteristico ad "acciottolato romano".

Le papille possono essere di dimensioni così importanti da determinare una sofferenza corneale per il continuo sfregamento durante i movimenti di ammiccamento. La diagnosi di malattia è clinica anche perché circa il 50% è negativo ai test sistemici. La prognosi può anche essere molto severa dal punto di vista visivo se le lesioni corneali esitano in densi leucomi, per questo è necessaria una stretta collaborazione dei genitori e l'assoluta aderenza alle indicazioni dello specialista.

DIAGNOSI. Di fronte a una flogosi oculare bisognerà innanzitutto distinguere le forme allergiche da quelle pseudo-allergiche. Le prime si sviluppano in risposta a stimoli allergenici specifici e con un'immunopatogenesi nota, le forme pseudo-allergiche (dovute a vizi refrattivi non corretti, congiuntiviti virali, etc), nonostante una simile manifestazione clinica, non riconoscono una patogenesi allergica o comunque univoca. In secondo luogo, in base alle conoscenze sulle caratteristiche cliniche e patologiche di ciascuna entità, bisognerà distinguere le diverse forme di patologia allergica.

Le tappe da seguire per un corretto inquadramento clinico sono:

- a) Anamnesi;
 - b) Esame clinico generale;
 - c) Esame clinico locale;
 - d) Test "in vivo" e di laboratorio sistemici;
 - e) Test "in vivo" e di laboratorio locali.
- a) Un'anamnesi accurata può evidenziare molte informazioni importanti, come quelle riguardanti le relazioni fra inizio della sintomatologia e una possibile esposizione ad allergeni (durata, periodicità, luogo di insorgenza, regressioni con terapia pregressa dei sintomi).
- b) L'esame clinico generale ci può aiutare ponendo l'attenzione su manifestazioni respiratorie e cutanee, valutando linfonodi preauricolari e del collo (diagnosi differenziale con forme virali).
- c) L'esame clinico oculare è fondamentale non solo per ricercare le caratteristiche specifiche delle diverse forme, ma anche per evidenziare forme



ulcera corneale a scudo in corso di congiuntivite primaverile

pseudo-allergiche, come quelle determinate da vizi refrattivi non corretti.

I test di laboratorio sistemici (test cutanei, dosaggio IgE, test di provocazione e di eliminazione) e locali (citologia congiuntivale, test di provocazione e di eliminazione congiuntivale, IgE lacrimali) sono da riservare a casi selezionati refrattari alle terapie convenzionali.

TERAPIA. L'approccio terapeutico deve, in primo luogo, limitare l'esposizione agli allergeni ed ai fattori irritanti aspecifici che possono causare o perpetuare la flogosi congiuntivale. In molti casi la sola *prevenzione ambientale* può ridurre o eliminare la sintomatologia.

Nella prevenzione delle pollinosi stagionali si dovrebbero evitare località con elevate concentrazioni polliniche, le corse nei prati, i viaggi con finestri aperti, di areare gli ambienti nelle ore più calde o in giornate di vento.

Lo scopo primario della *terapia farmacologica* anti-allergica è quella di impedire la degranolazione dei mastociti e delle cellule infiammatorie coinvolte (*stabilizzatori della membrana dei mastociti*). Se poi all'azione di stabilizzazione della membrana cellulare (*disodiocromoglicato*) si aggiunge anche un'attività antinfiammatoria e sintomatica, come dimostrato per i più recenti farmaci di questa categoria (*acido spaglumico, nedocromile, lodoxamide*), il loro uso adeguato consentirà non solo di prevenire, ma anche di ridurre la sintomatologia in fase attiva. Vanno somministrati in quattro dosi giornaliere per tutto il periodo corrispondente all'esposizione allergenica; nelle forme stagionali è necessario iniziare il trattamento una - due settimane prima del periodo di impollinazione. L'azione anti-allergica è aumentata dall'associazione in collirio con antistaminici. L'impiego costante e prolungato di questa categoria di farmaci consente un risparmio di cortisonici anche in fase acuta, ed è privo di effetti collaterali.

Gli *antistaminici* (feniramina, olopatadina, levocabastina, etc) sono, invece, i farmaci sintomatici per eccellenza e sono largamente usati per la terapia topica di tutte le forme irritative congiuntivali specifiche ed aspecifiche. I colliri antistaminici hanno una attività anti-H1 e sono efficaci nel ridurre prurito ed iperemia congiuntivale. Nelle congiuntiviti associate ad altra patologia allergica può essere utile l'associazione dei nuovi antistaminici sistemici, dotati di attività antinfiammatoria, ma di minori effetti collaterali.

Gli antiinfiammatori non steroidei -FANS-

(diclofenac, piroxicam, indometacina, chetotifene) sono ben tollerati e risultano utili nel ridurre l'infiammazione congiuntivale.

Ma i farmaci antiinfiammatori più potenti ed efficaci nel trattamento della flogosi allergica congiuntivale sono sicuramente gli *steroidi*. Il loro impiego dovrebbe essere piuttosto limitato e l'opportunità del loro utilizzo dovrebbe essere riservata comunque all'oculista, dato il rischio di insorgenza di potenziali gravi effetti collaterali, quali cataratta e glaucoma. Gli steroidi in collirio con maggiore effetto antiinfiammatorio sono quelli con maggiore penetrabilità e dunque maggior rischio di complicanze oculari, ossia *betametasona, desametasone, prednisolone*.

Di maggiore maneggevolezza risultano cortisonici quali *idrocortisone, fluorometolone e clobetasone* che presentano effetti collaterali minimi in rapporto alla loro scarsa penetrabilità intraoculare. Cortisonici per via sistemica e sottocongiuntivale non hanno un'efficacia maggiore dei preparati in collirio e non dovrebbero essere utilizzati, anche nelle forme più severe, a meno che la congiuntivite non faccia parte di un quadro sistemico particolarmente grave.

Lo squilibrio immunitario locale (iperproduzione di IgE, alterazione sottopopolazioni linfocitarie e di mastociti) giustifica l'uso di farmaci *immunomodulatori ed immunosoppressori* in casi molto particolari. È stato dimostrato di enorme utilità l'impiego della *ciclosporina A* che agisce sia attraverso un effetto stabilizzante sui mastociti, sia interferendo sulla componente cellulare mediata della flogosi allergica. Il farmaco è utilizzato per via topica (2% in olio di ricino o d'oliva) nel trattamento a lungo termine di gravi cheratocongiuntiviti primaverili, atopiche che rispondono poco al trattamento convenzionale. Purtroppo la ciclosporina A, già presente in commercio da alcuni anni in altri paesi, non è disponibile in Italia; per cui è necessario acquistarla in farmacie del Vaticano o di San Marino. In Italia viene utilizzata presso l'Ospedale Meyer di Firenze, che si pone come centro specializzato nel trattamento delle flogosi allergiche resistenti alle terapie convenzionali.

L'*immunoterapia specifica* (desensibilizzazione) trova indicazione soprattutto nelle rinocongiuntiviti allergiche da pollini e da dermatofagoidi. Nelle forme solo congiuntivali e, soprattutto, nella congiuntivite primaverile, l'immunoterapia specifica si rivela spesso inefficace.

CONCLUSIONI. La presenza di sintomi e talvolta anche di segni aspecifici, non solo tra le varie forme cliniche di natura allergica, ma anche con le forme pseudo-allergiche, può generare confusione e rende necessaria una valutazione specialistica dell'oculista. Una diagnosi corretta è necessaria al fine di instaurare la terapia più efficace ed evitare l'insorgenza di possibili complicanze conseguenti o all'uso indiscriminato di colliri (cortisonici) o legate alle forme cliniche più severe (cheratocongiuntivite primaverile) spesso sottovalutate e trattate in modo inadeguato.

Morso incrociato

di Sergio Sambataro

Questa condizione è anche definita come classe III ed è dovuta frequentemente ad un deficit di crescita mascellare associato ad uno ipersviluppo mandibolare. E' un'alterazione facciale che ha una forte componente genetica, per cui è opportuno eseguire una buona anamnesi familiare. L'evoluzione è in genere subdola, infatti di solito si evidenzia durante l'adolescenza. Ma nei casi in cui già in dentatura decidua o mista compare un'inversione anteriore del morso la correzione deve essere effettuata più precocemente possibile, in quanto la terapia, nei casi non trattati, è chirurgica. In ogni caso è opportuno comunque a 5 anni fare una previsione di crescita per la valutazione dello sviluppo mandibolare e mascellare, mediante l'esecuzione e lo studio di

teleradiografie, fotografie e modelli dei denti. Solo un'accurata diagnosi ci permette di evidenziare il problema e di intervenire anche in quei casi in cui ancora l'alterazione non si è manifestata.

La correzione è ortopedica e viene effettuata mediante l'applicazione notturna della maschera facciale ben tollerata dai piccoli pazienti. La terapia dura di solito uno, due anni al massimo, dopo i quali ci si limita solo a dei controlli semestrali in attesa della permuta dei denti ed eventualmente di un loro allineamento con terapia multibracket fissa. L'avvenuta modifica scheletrica è quindi responsabile del successo terapeutico e la previsione di crescita permette il suo utilizzo a vantaggio del paziente, che così evita rischiosi interventi di chirurgia maxillo-



fig. 1. Fotografie intraorali iniziali e finali di una paziente femmina di 6.9 anni con inversione anteriore del morso: Il successo terapeutico è stato ottenuto mediante l'applicazione di una maschera facciale per un anno.

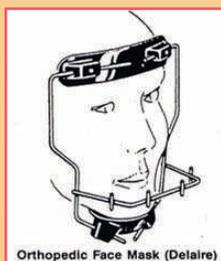


fig. 2. Maschera facciale.

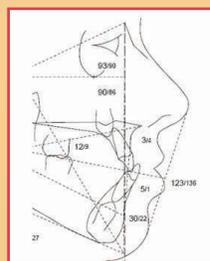


fig. 3. Paziente femmina di 6.9 anni in classe III (in nero); studio computerizzato di previsione di crescita (in verde) fino a fine crescita (14.8 anni) che dimostra il peggioramento della malocclusione, e la possibilità di risultato (in rosso) mediante terapia ortopedica (maschera facciale) per la durata di un anno.

DI GIAMOCELO...

Tra le mie poche doti non figura, purtroppo, la simpatia.

Non soltanto non possiedo quell'aura innata che ti assicura sorrisi e approvazioni prima ancora di aprire bocca (una vera "manna" per politici o per play-boy) ma - troppe volte l'ho sperimentato per averne dubbi - sono oggetto di antipatia a prima vista (una specie di colpo di fulmine all'incontrario). Forse non è un caso che mi sia stata proposta questa rubrica dal titolo così provocatorio: i miei amici (!) avranno pensato che sia particolarmente "portata". Di certo in questi anni "Digiamocelo" non ha contribuito ad accrescere il numero delle mie amicizie.

Tuttavia, abituata come sono a fare "l'antipatica", eccomi ancora qui ad alienarmi le già scarse simpatie di un'intera categoria: i medici vaccinatori.

Digiamocelo, chi non ha mai avuto contrasti con il proprio centro vaccinale?

Non so farmene una ragione, ma sembra si siano dati da fare ad occupare le ASL solo quei i medici che provano una viscerale avversione per le vaccinazioni.

Chiedo venia a Mario Cuccia e non me ne vogliono quei tanti colleghi che svolgono con competenza e passione il loro lavoro (ne conosco più d'uno... anzi due) ma, se dovessimo giudicare l'interesse per le vaccinazioni di questi medici dalla loro partecipazione ai convegni, dovremmo immaginarlo piuttosto deboluccio: dove sono in quei sabati in cui il mitico Prof. Bartolozzi duetta con il dott. Cuccia nel pregevole tentativo di fare chiarezza nella nebbia dell'ignoranza - quella di noi "pediatri semplici" in trincea - aggiornandoci sulle continue novità e risolvendo i nostri amletici dubbi?

Probabilmente non mancheranno di tenersi informati sulle migliori riviste e sugli appositi siti internet ma, tuttavia, sembra che le competenze acquisite siano piuttosto discordanti ed i messaggi che rivolgiamo agli utenti sono spesso così difformi da incrementare confusione e sfiducia: i neonati inviati dopo il 61° giorno di vita vengono respinti e contro-informati che è meglio averne 80 o 90 di giorni per fare il primo vaccino; l'MPR e il DTPa non vanno fatti giammai in un'unica seduta ma possibilmente distanziati di 1 mese o molto di più (l'MPR è meglio a 12 anni anziché a 6!); attenti ad informare una genitore che verrà praticato l'anti pneumococco insieme all'esavalente: giunti al centro vaccinale potrebbero scoprire che il pediatra ha detto loro l'ennesima "bestialità".....e così via.

Non parliamo poi delle controindicazioni (secondo i vaccinatori): solo i movimenti integralisti più agguerriti - tra i contrari ai vaccini - riescono a seminare più terrore. Ricordo ancora un Prof. Emerito, che svolgeva la sua opera come vaccinatore all'ex usl 36, per il premuroso tentativo di dissuadermi dal praticare la vaccinazione antipertosse cellulare (allora l'unica

esistente) alla mia primogenita: trenta minuti di ininterrotto eloquio sulle possibili e gravissime complicanze alle quali avrei esposto la creaturina. Specializzanda ed inesperta qual'ero sono riuscita ad opporre resistenza solo grazie

Vietato vaccinare



di Maria Libranti

alla fiducia, ben riposta, nel mio Maestro, grande sostenitore dell'importanza delle vaccinazioni (grazie Prof. Mollica!).

Ecco qui di seguito le "indicazioni-contro" secondo i medici vaccinatori:

- L'antibiotico somministrato due giorni prima;
- Lo starnuto, o peggio ancora il colpo di tosse, sfuggito sul lettino, poco prima della vaccinazione;
- La prematurità o il basso peso;
- Le punture di zanzare multiple (fosse una varicella!);
- La somministrazione di cortisone a basse dosi e per pochi giorni una settimana prima (occorre 1 mese per "depurarsi");
- L'assunzione di un qualsivoglia lisato batterico orale;
- La temperatura ambientale (mai in estate, per carità! Troppo caldo!).

Ma la regina delle controindicazioni, la controindicazione delle controindicazioni è:

- Non essere stato visitato in giornata dal pediatra.

Scusate, sono proprio impertinente, ma oltre all'infermiere (che è poi quello che pratica, materialmente, la vaccinazione) al servizio vaccinazioni non vi un medico? Uno di quelli che, oltre a raccogliere un'accurata anamnesi ed a chiarire i dubbi genitoriali sulle vaccinazioni, sia in grado di auscultare un torace qualora insospettito da un colpo di tosse. Vedere il lunedì mattina l'ambulatorio affollato da bambini in visita pre-vaccinale (sigh!) fa venire il dubbio che l'indicazione non provenga da un altro medico, sarà probabilmente l'insicurezza dei genitori o forse... chissà... l'indicazione della vicina di casa (la migliore delle consigliere).

Un suggerimento per evitare contenziosi: o la smettiamo di aggiornarci con tale impegno (sembra irrinunciabile non godere della magistrale presenza del Prof. Bartolozzi) oppure costringiamo affettuosamente i colleghi a trascorrere i sabati con noi. Qualora non dovessimo riuscirci rimane pur sempre, per ultima ma non ultima, la carta dell'incentivazione: non sarà questa la volta che si riesce a superare ogni falsa controindicazione?



Ad Acireale
l'incontro con
Stefano Miceli
Sopo ci ha inseg-
nato a saper guar-
dare lavori scientifici
apparentemente inoppugnabili
con un occhio diverso, imparan-
do a leggere tra le righe i dati
riportati, con l'analisi del parti-
colare, radice e linfa vitale del
"generale".

DF: Le linee guida sono sempre da apprezzare?

MS: Le linee guida sono assolutamente da apprezzare: sono uno strumento necessario perché nessun medico può tenere d'occhio tutti gli aspetti anche di una singola malattia.

Il problema, come la domanda sottende, è che a volte le linee guida non sono proprio perfette, quindi, è sempre opportuno fare un controllo alla fonte molto approfondito, prima che esse vengano diffuse.

Semplificando, ci sono delle linee guida che hanno subito questo processo di controllo e di verifica ampio: una delle più recenti che senza dubbi o a parer mio, ha subito un buon processo di costruzione è quella dell'A. A. P., sulla gestione del bambino con *bronchiolite acuta*. Questa ha avuto bisogno di un processo di costruzione rigoroso, durato molti anni. Le sintesi di evidenza, che non seguono un processo metodologico rigoroso, sono pericolose (come qualcuno ha già osservato), perché se si basano per esempio su studi clinici deboli, la loro debolezza viene amplificata e si possono dare indicazioni errate.

Quindi le linee guida sono sempre da apprezzare se seguono un processo di costruzione dal rigore metodologico chiaro, trasparente ed esplicitato. Con le linee guida il nostro lavoro è di gran lunga semplificato e risulterebbe più omogeneo il trattamento del paziente in qualsiasi struttura medica decida di rivolgersi.

DF: Un lavoro scientifico valido non "debole" deve sempre rispondere ai criteri dell'EBM, cioè di una medicina basata sull'evidenza, o questa maniera di affrontare la medicina ha dei limiti?

MS: Mal digerisco la definizione di medicina basata sull'evidenza, come se potesse esistere

un'altra medicina. La medicina è quella fondata sull'evidenza, non può essere altrimenti.

La medicina si basa su tre pilastri fondamentali:

- *l'esame delle migliori evidenze* disponibili: ciò non vuol dire che devono essere necessariamente a disposizione evidenze eccellenti, se non ce ne sono si scende di gradino fino a trovare la migliore evidenza scientifica disponibile in quel momento.

Noi dobbiamo sempre essere pronti ed aggiornarci sulle migliori evidenze scientifiche disponibili.

- *la decisione clinica* va presa oltre che sull'esame delle migliori evidenze scientifiche disponibili, anche in rapporto alle esigenze personali di quel singolo paziente.

- il terzo elemento, *l'esperienza personale*. L'esperienza personale è l'arte del medico di comprendere e ben delineare il problema e le caratteristiche peculiari di quel singolo paziente, ed a lui adattare le migliori evidenze scientifiche disponibili al momento.

DF: E' giusto tener conto delle esigenze del singolo paziente e personalizzare il percorso tera-

peutico. Ma non si rischia di dare spazio alle cosiddette medicine alternative ed alle cosiddette diagnosi alternative che soprattutto in allergologia, ci creano parecchi problemi?

MS: E' vero, questo è un punto dolente dell'allergologia perché in essa si sono insinuati dei lestofanti, che oltre a rapinare le persone del loro denaro possono danneggiare la loro salute.

In particolare il ricorso alla cosiddetta diagnostica alternativa è stato abbracciato da molti medici. Alcuni, certamente in buona fede, ritengono che un vegatest, un citotest o un ingeatst, pos-

sano veramente individuare un tipo di reazione avversa all'alimento. È stata dimostrata la loro assoluta inattendibilità diagnostica, quindi l'individualizzazione della terapia che si basa su questi test è una mistificazione. Perché accade?

Accade, secondo me, perché al 2007 non abbiamo risposte pienamente soddisfacenti ad alcuni mali, soprattutto mali minori, che la gente ormai mal tollera.

Se un tempo avevamo a che fare con la peste, con la tubercolosi, la lebbra, adesso queste tragedie della salute sono scomparse e la gente si lamenta dei mali minori, (il meteorismo, l'irrequietezza, il mal di testa, il soprappeso), a cui la medicina non riesce a dare delle risposte soddisfacenti. Il successo di queste presunte terapie alternative è dovuto alla risoluzione spontanea di questi mali e non a diete prive di lattuga o di melone, ecc. ecc.

Quindi la diagnostica alternativa deve confrontarsi con l'EBM, perché un medico prima di fidarsi di un test diagnostico dovrebbe quantomeno aver letto della sua sensibilità e specificità, due proprietà fondamentali nei test diagnostici, senza le quali non si deve prescrivere un test diagnostico.

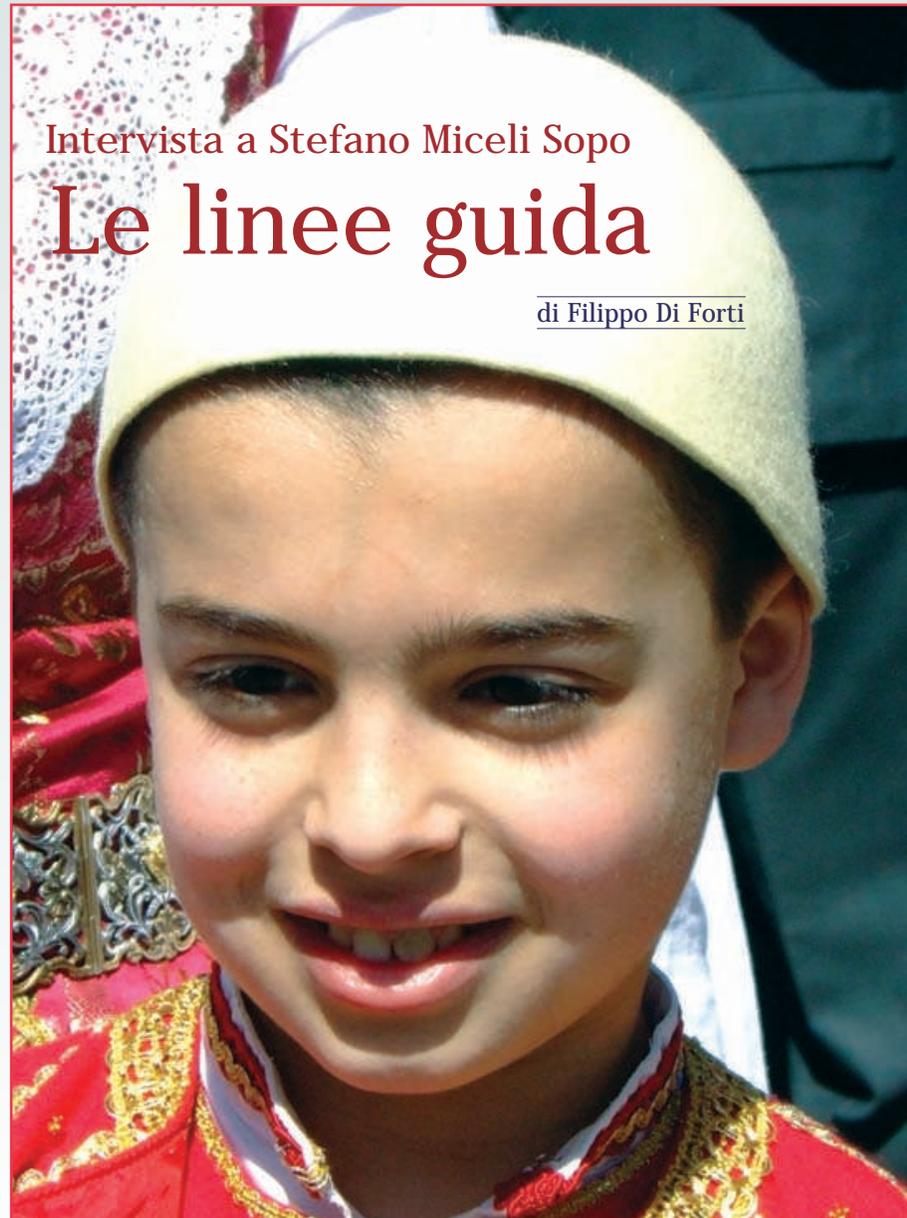
DF: Quindi esiste una diagnostica alternativa?

MS: Purtroppo sì, esiste ed è molto diffusa e personalmente vedo tanti bambini nel mio ambulatorio che subiscono le conseguenze di queste terapie basate su test diagnostici inattendibili.

DF: Come si può contrastare questo mal costume?

MS: Non è facile contrastarlo, perché non tutte le azioni degli uomini sono ragionevoli, molte sono basate sull'emotività e quindi non è facile contrastarle. Qualcosa si può fare: cercare di entrare in sintonia con i desideri e le esigenze del paziente, cercare di esporre a lui quelle che sono le attuali conoscenze e convincerlo (ma prima bisogna essere convinti in prima persona perché altrimenti non si riuscirà mai a convincere nessuno) della inutilità assoluta di questi test diagnostici.

Sfortunatamente se alcuni medici che utilizzano questi test diagnostici sono in buona fede, credo che altri li utilizzino come fonte di reddito e contrastare una fonte di reddito è molto difficile. Per questi ultimi, che non sono esattamente in buona fede, sarebbe auspicabile una forte presa di posizione da parte delle massime autorità sanitarie (ministero della salute, ordine dei medici, società scientifiche, ecc.).



Intervista a Stefano Miceli Sopo Le linee guida

di Filippo Di Forti



di Antonino Gulino

I vicerè
di Roberto Faenza

Ancora una volta tradisco la mia voglia di parlare d'infanzia per segnalare l'ultima opera di Roberto Faenza, *I vicerè*. Il film, liberamente tratto dal romanzo di Federico De Roberto, ha il grande merito di far conoscere al pubblico un capolavoro spesso trascurato dalla stessa critica letteraria. La storia è incentrata sulle vicende personali e pubbliche degli Uzeda, una nobile famiglia catanese discendente da antichi vicerè spagnoli, ma è soprattutto una rappresentazione dagli accenti forti e disillusi della storia italiana tra il Risorgimento e l'unificazione.

Nella prima parte del film sono mostrati i luoghi della vicenda, splendide le ambientazioni catanesi, il Monastero dei Benedettini oltre ad una sapiente citazione della festa di sant'Agata, ma sono introdotti in modo impietoso le abitudini, le parentele, la spiccata avidità, la sete di potere dei diversi componenti della famiglia. Nella seconda parte invece l'autore si sofferma sulla crescita e sulla vita del protagonista Consalvo (Alessandro Preziosi), abbandonando il ritratto d'insieme e mostrando un personaggio in bilico fra ideali rivoluzionari e umilianti compromessi.

L'intenzione del regista è evidentemente quella di ricercare ne *I vicerè* un parallelo fra la società attuale e quella dell'epoca, sottolineando attraverso le considerazioni del protagonista l'eterno immobilismo e trasformismo della politica italiana.

Ma il regista ha il merito di evidenziare non solo le miserie della nostra classe politica ma anche quella di una società cosiddetta civile che non ha voglia di cambiare, di cercare nuove vie ideali e sociali.



Oggi come ieri è più congeniale al nostro spirito italico affidarsi all'imbonitore di turno, pronti alla prima occasione a trasformarlo in un utile capro espiatorio, piuttosto che fare i conti con le nostre personalissime ambiguità e contraddizioni.

REUNIONS E DISUNIONS

di Filippo Di Forti

Il mondo del rock, ormai stantio e povero di proposte convincenti e significative, altro non ha da proporre, che non una serie di reunions, dal vago sapore amaro di bere operazioni commerciali per nostalgici bamboccioni o irriducibili "post dei post dei post".

Il vuoto musicale c'è, la voglia di sentire qualcosa di buono pure ed allora perché non tentare, a suon di marenghi d'oro, la ricelebrazione di vecchie glorie del rock anni settanta?

I Police, i Rolling Stone ne sono esempi; i Deep Purple pure, gli Yes hanno tentato qualcosa del genere anni addietro, ma con scarso successo; si parla pure dei Genesis, probabilmente perché Peter Gabriel, stanco dei suoi sounds indio-afro-cubani, ha pensato di rientrare nei lidi musicali più a lui affini, della perfida Albione, trovando pure un Phil Collins in crisi di visibilità.

Le royalties, provenienti dalle varie SIAE dell'orbe terracqueo, sono insufficienti a mantenere mogli, amanti, "Rolls" e figli vari, che siano essi dei fiori o provenienti da cucurbitacee poco importa.

E se sei solo tu ad accorgerti che, al concerto dei Deep Purple, non c'è Blackmore alla chitarra e Jonn Lord alle tastiere, poco importa, sì... ti senti un pò truffato, però quel suono trucidò e metallico ti affascina ed alla fine applaudi, perché hai rivissuto qualche momento magico della tua adolescenza.

Fa certamente scalpore sapere che, ai quattro componenti originari dei Pink Floyd, è stato proposto cadauno un modico "cachet" di 180.000.000 di euro per riunirsi in tournee e solo per suonare i loro vecchi, ma gloriosi brani. Roba da far venire il mal di testa, altro che "cachet".

"A 61 anni non ho voglia di andare negli stadi a suonare le stesse cose, ho tante idee e tanti progetti e voglio fare solo quello che mi piace" ha detto David Gilmour ad un'intervista.

Peccato, perché sia lui, sia l'odiatissimo Roger Waters hanno ancora dentro tanti spunti creativi, lo si intuisce dai loro lavori

single. Se riuscissero a mettere da parte rancori personali e se unissero le loro idee musicali, riuscirebbero certamente a far rivivere, con idee nuove, le vecchie emozioni che suscitavano.

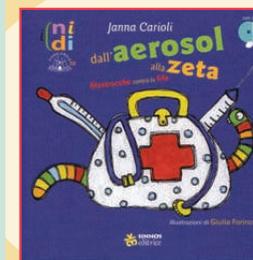
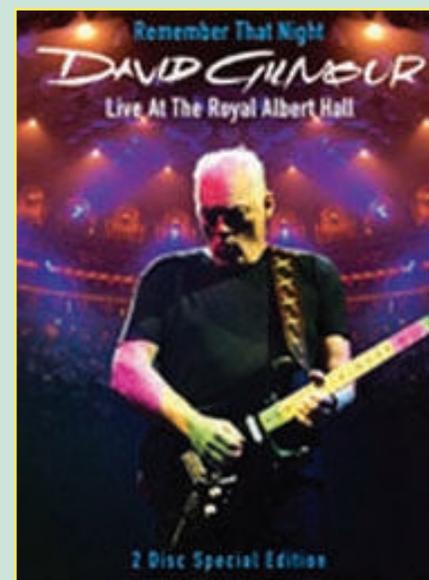
Quando qualche anno addietro è stata pubblicata la versione live di *The Wall*, il direttore musicale James Ghutrie ad un'intervista disse che rimase stupito di come sia Roger sia David, che all'epoca si parlavano solo per carta bollata, inviassero a lui le medesime correzioni dei missaggi dell'opera, come se si fossero messi d'accordo prima.

Questo particolare fu fatto notare a Gilmour che disse "In questo caso il bene comune era il nostro obiettivo, Roger in passato ha sempre pensato di distruggere ciò che costruiva".

Fa riflettere come esistano gruppi, ormai in deficit di idee musicali, che pensino a riunirsi e invece musicisti, ancora in fase creativa, che pensino ancora ad affermare il proprio ego proponendo lavori interessanti, ma non certamente dei livelli del loro comune passato creativo.

Il riferimento ai Pink è ovvio. Una reunion dei loro geni musicali, li farebbe tornare ai fasti di un tempo, la disunion li fa navigare verso lidi minori.

Come nella vita, noi tutti viaggiamo tra reunions e disunions incuranti dello scorrere inesorabile del tempo.

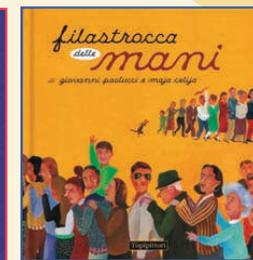


Dall'aerosol alla zeta
di Janna Carioli
Illustrazioni di Giulia Fiorino
Sinno Editrice, 2007
€ 9,50

Due inviti alla lettura dedicati entrambi alle filastrocche.

Un piccolo testo quanto mai ad hoc in queste pagine è "Dall'aerosol alla zeta: filastrocche contro la fifa", un delizioso alternarsi di piccole filastrocche per aggredire la misteriosa paura che attanaglia quasi tutti i bambini davanti al camice bianco del medico ed alle mille insidie delle terapie, le pillole, le punture, gli sciroppi e quant'altro. In allegria invece, tra una risata ed una spiegazione, si sdrammatizzano momenti che possono creare angoscia ai bambini e si può scaricare l'ansia di piccole situazioni critiche: febbri, radiografie o flebo. Le 22 filastrocche di Janna Carioli, tutte rigorosamente in rima ed a tema, sono accompagnate dalle coloratissime immagini di Giulia Fiorino e possono essere ascoltate attraverso il CD allegato al volume, corredate anche da accompagnamento musicale.

La seconda propo-



Filastrocca delle mani
di Giovanni Paolucci e Maja Celija
Ed. Topipittori, 2007
€ 13,00

di Giusi Germenia

sta è "Filastrocca delle mani" di Giovanni Paolucci e Maja Celija, un viaggio in rima tra le mille possibilità insite nelle mani. Da una situazione all'altra limpide e allegre illustrazioni a tutta pagina sottolineano con delicatezza e acuta osservazione tutti i momenti della vita in cui le mani, protagoniste volontarie o involontarie, fanno, indicano, emanano sensazioni e sentimenti. Un invito al gioco ma anche alla riflessione su tutto quello che è possibile attraverso queste appendici del nostro corpo a cui siamo così ovviamente abituati, sede invece di impensabili possibilità oltre che propaggini di entusiasmantissimi momenti creativi.

Filastrocche divertenti ma profonde: occasioni per parlare con i bambini, invitarli a dire la loro, a imparare l'uso delle parole per esprimersi, a comporre frasi con eleganza e musicalità, a comunicare con gli adulti capaci di farsi mediatori di tante letture fantasiose.

recensioni

L'allergen microarray nella diagnostica di allergia alimentare

di Filippo Di Forti

Ad aprile, in Acireale, tra una sarda a beccafico mal digerita e rimorsi cinematografici, con l'intervento di Stefano Miceli Sopo, si è consumata una pagina importante dell'attività paidos 2007. Quel giorno la carne al fuoco era tanta e non tutte le argomentazioni messe sul piatto sono state consumate, anche per il ricordo indigesto delle sarde a beccafico consumate la sera prima da chi, come il sottoscritto ed il buon Stefano, era passato al tavolo dei relatori da quello meno nobile del tavolo dei commensali. Quel giorno abbiamo imparato a saper guardare lavori scientifici, apparentemente inoppugnabili, con un occhio diverso, imparando a leggere tra le righe i dati riportati, con l'analisi del particolare, radice e linfa vitale del "generale. Quest'EBM, stretta tra il business della ricerca ed il business della diagnostica alternativa, soffre maledettamente ma Miceli Sopo è stato ecumenico quando giustamente ha affermato che **l'EBM è l'unica strada possibile da percorrere e le linee guida sono fatte in base alle evidenze disponibili.**

Io, presuntuoso portavoce dei sentimenti dei pediatri nostrani, ho cercato di presentare le sensazioni invadenti e striscianti che pervadono le nostre angosce ambulatoriali ed arrovellandomi tra esse ho cercato di comunicare il senso

di fastidio a volte legato ad informazioni, forse artatamente ambigue non chiare ed intelligibili come, a parer mio, dovrebbero essere le linee guida. I problemi della comunicazione sono antichi e sempre mal conosciuti. Evidenze disponibili, esigenze personali del paziente ed esperienza personale sono i capisaldi dell'operato medico, ma il problema reale è la presenza di una "cupola" delle evidenze disponibili, che indirizza gli studi e le ricerche in un mondo foriero di business. Accennavo infatti a terapie strane come: la foterapia intranasale, la lidocaina o la furosemide per aerosol. Studiare queste molecole non interessa a nessuno perché hanno costi irrisori, ma studiare l'ultimo antimediatore, magari con un complesso azotato in più rispetto alla precedente edizione, è più corroborante e ricostituente. Glutazione, Selenio, Ozono, solfato di magnesio presenti in qualche abstract di periferie intellettuali non vengono giustamente presentati nelle linee guida, perché non esistono studi di tipo A. La voglia quindi di utilizzarli viene sedata dalla loro assenza, dalla paura di non sortire l'effetto sperato, dalla paura di incappare nelle ire giurisprudenziali. Non tutti hanno la voglia di spendersi in consensi informati dai mille trabocchetti. Un "grillismo" terapeutico potrebbe pericolosamente traghettare i sentimenti "dell'uomo qualunque" a quelli di un "pediatra qualunque", ma l'insofferenza e il disagio della categoria è presente, destrutturante ed invadente.

Elencare, invece percorsi virtuosi nella

nella diagnostica allergologica è in questo momento più facile e condivisibile.

Volendo citare un Position Paper, nella fattispecie il recente documento ARIA, si constata come l'utilità di tali iniziative sia di estremo interesse e di sicuro impatto nella clinica di tutti i giorni. Viaggiando tra le tre slides più importanti si vede come nella fig.1 vengano indicati i capisaldi per la distinzione tra rinite allergica e non, come nella fig.2 venga elencato il percorso diagnostico e nella fig.3 vengano indicate le indagini essenziali per arrivare ad una diagnosi.

Qui l'EBM gode della sua consacrazione e della sua valenza. La celebrazione dell'anamnesi, che insieme all'EOG ed al laboratorio rassicurano i sentimenti del "pediatra qualunque", sedano i "grillismi" medici ma, soprattutto, fanno esclamare che tutto sommato "non è caduta la linea" !

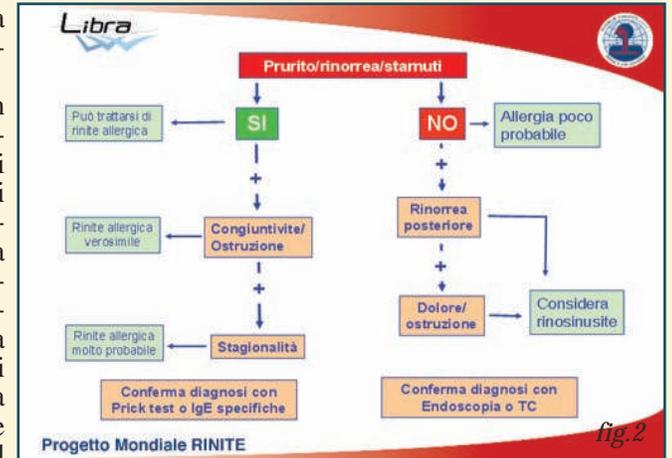


fig.2



fig.3



fig.1

LO STUPIDIATRA

a cura di Fidifo

ovvero aneddoti di pediatri "sull'orlo di una crisi di nervi"

Che la gente si lamenti dei costi delle parcelle presentate da noi medici è risaputo. Non voglio certamente tediare sul fatto che costi di gestione, manutenzione etc etc fanno gonfiare il tutto, ma fa anche gonfiare l'affermazione di una visita dai prezzi estrosi. Al tariffario "creativo" ancora non c'eravamo

arrivati. I costi potrebbero essere calmierati dall'utilizzo dell'anestesia ambulante che, se praticata nel mercato rionale, potrebbe far abbattere i costi oltre che le persone. Gli sprechi comunque esistono, ma dipende dagli obiettivi, dall'avere le idee chiare insomma, se il bambino le

supposte le sputa, occorre cambiare obiettivo e chissà se allora non saranno sputate. E' pur vero che, se il bambino non avesse la tosse starebbe bene, fa pensare ad una visione placata e serena del problema, ma arrabbiarsi su fatto che il figlio ha il piede calvo è sicuramente un' sagerazione.

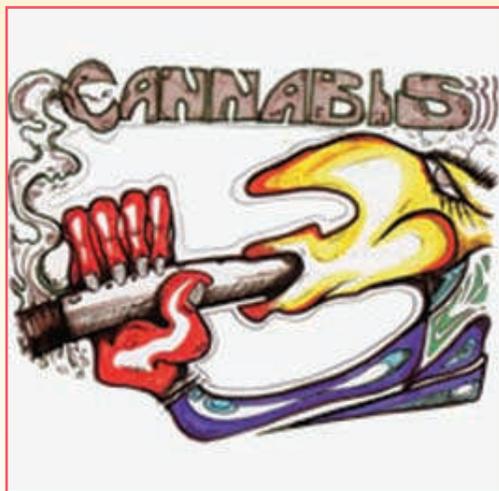
Cannabis e cannabinoidi: l'insostenibile "leggerezza" dello spinello

di Angelo Milazzo

L'approccio medico all'uso di sostanze psicoattive prescinde dalla metafora gravitazionale", che distingue droghe "leggere" e droghe "pesanti". Il DSM IV, anche nei suoi più recenti adattamenti, dedica un capitolo ai disturbi da uso di sostanze, annoverando, oltre a tutte le droghe illegali, anche: alcol, nicotina, psicofarmaci, ecc.. L'unico criterio di inclusione contempla la capacità di una sostanza di agire a livello cerebrale, con conseguenze a livello comportamentale, quali l'abuso e la dipendenza.

La relazione al Parlamento presentata nel Luglio del 2006 ha documentato che nel 2005 circa 3.800.000 italiani hanno fatto uso di cannabis e che circa 9 milioni di persone approvano l'utilizzo della cannabis e lo ritengono non dannoso per la salute. Persino gli sportivi non disdegnano le "canne", dato che quasi la metà dei controlli positivi per doping dimostra proprio l'assunzione di derivati della cannabis. Anche i dati sugli assistiti dai Sert e sui sequestri delle Forze dell'Ordine, dimostrano una caduta d'interesse, probabilmente per il maggiore impegno dedicato al contrasto di droghe ancora più pericolose, quali la cocaina. Sconfortante appare anche in questo caso il comportamento di troppe famiglie "moderne", caratterizzato variamente da: disinteresse, rimozione, tolleranza, omertà, talvolta da vera e propria complicità.

Questa strisciante banalizzazione appare però in contrasto sempre più stridente con le caratteristiche più recenti del fenomeno e con i dati che ci vengono dall'evidenza scientifica.



Dalla cannabis geneticamente modificata si sono ottenuti marijuana ed hashish enormemente più potenti e quindi più pericolosi rispetto a quelli usati dalle generazioni precedenti.

Effetti soprattutto sugli adolescenti

I principali effetti annoverati dal nostro Istituto Superiore di Sanità sono i seguenti: distorsione della percezione, difficoltà nei ragionamenti, difficoltà di memoria, difficoltà d'apprendimento, incoordinazione motoria, tachicardia, ansia, attacchi di panico, tosse, broncopatie croniche, iperemia oculare, emeralopia.

La corteccia cerebrale tra i 12 ed i 19 anni è ancora in fase di sviluppo e risulta molto sensibile alla cannabis, in particolare perché una porzione di corteccia, il nucleo accumbens, è in questa fase più estesa rispetto ad altre età. Anche sperimentazioni sulle cavie hanno dimostrato una predilezione per il tetraidrocannabinolo da parte dei soggetti giovani, con conseguenti modificazioni molto maggiori in numerose proteine della regione dell'ippocampo.

Un'autorevolissima metanalisi recentemente pubblicata su Lancet ha dimostrato che chi ha fatto uso di cannabis ha fino al 41% di probabilità in più di sviluppare malattie psichiatriche gravi, nelle età successive della vita. I dati dimostrano inoltre che i danni sono tanto più probabili e più gravi, in dipendenza della frequenza dell'assunzione e proprio della precoce età di assunzione. Le ipotesi più autorevoli propendono soprattutto per una slatentizzazione della malattia mentale. Il meccanismo fisiopatologico ipotizzato consisterebbe nel fatto che le alterazioni neurologiche indotte dalla cannabis interagiscono significativamente con una preesistente disfunzione dei sistemi cerebrali. Noi tutti sappiamo quanto le psicosi siano devastanti per l'individuo, per le famiglie e per tutta la società.

Statistiche anglosassoni segnalano che i consumatori di marijuana, di età compresa tra i 12 ed i 17 anni, hanno da 15 a 87 volte in più il rischio di passare a droghe più pericolose. La Società Italiana di Psichiatria ha però puntualizzato l'enorme importanza dei fattori ambientali, ma, anche in questo caso, dall'uso della cannabis fin dalla prima adolescenza.

L'uso prolungato induce alterazioni del metabolismo cellulare, della motilità degli spermatozoi, della fertilità, dello sviluppo fetale, della funzionalità vascolare, del sistema immunitario.

Studi recenti hanno confermato che i danni subiti dall'apparato respiratorio sono di gran lunga superiori a quelli causati dal fumo di tabacco.

Solitamente non si manifesta alla sospensione una sindrome d'astinenza particolarmente clamorosa. Tuttavia, persiste un intenso desiderio (craving), con sintomi che includono: irritabilità, insonnia, impulsività, disappetenza.

Esistono prospettive terapeutiche dei cannabinoidi che però non possono giustificare, in nessun modo, la liberalizzazione dell'uso voluttuario e ricreativo di tali sostanze. Proprio il linguaggio giovanile definisce in modo significativo coloro che fanno un uso continuativo di queste droghe con le espressioni: "cannibali"; "mi sono fumato il cervello".

Meccanismi d'azione e prospettive terapeutiche

La cannabis contiene 61 cannabinoidi, tra i quali il THC è il più potente come attività psicoattiva. I cannabinoidi sono molto liposolubili e penetrano nel cervello dopo pochi minuti dalla inalazione del fumo di uno spinello, ed entro un'ora dall'ingestione orale. Tali sostanze si legano a dei recettori specifici, conosciuti fin dal 1988. Vengono coinvolti i sistemi cerebrali che controllano: tono dell'umore, memoria, funzioni intellettuali e cognitive, dolore, movimenti, ghiandole endocrine, ecc. In genere si produce una sensazione di benessere e rilassamento (il cosiddetto "sballo"), effetto che non dura più di 2-3 ore dall'assunzione.

Lo studio del sistema *cannabinergico*, legato alla presenza di recettori specifici (CB1 e CB2) ed ai neuromediatori denominati endocannabinoidi, ha aperto prospettive concrete per la realizzazione di farmaci specifici per la terapia di patologie particolari.

Attualmente, sono stati già prodotti alcuni farmaci attivi sul sistema cannabinergico che, pur non essendo ancora in commercio in Italia, possono essere ritirati da parte delle strutture sanitarie dall'estero. Infatti sono stati recentemente inclusi nella "Tabella II", che comprende farmaci psicoattivi meno pericolosi di quelli elencati nella "Tabella I".



Tra questi annoveriamo: il *Nabilone*, usato come antiemetico; il *Sativex*, usato per certe forme di spasticità e di dolore, l'*Acomplia*, che sta suscitando speranze nel trattamento di varie forme di bulimia.

Pediatri tra le stelle

Aste: Non dite a nessuno dei vostri progetti di vacanze natalizie forse potrete usufruire, a costi ridotti di un week end in un bed and breakfast pugliese.

Toto: La Montepaschi vi ha contestato il mancato pagamento della tassa comunale sui rifiuti *semisolidi* ed a nulla varranno le vostre rimostranze.

Gnelli: Un collega vi accuserà, a ragione, del furto dei suoi ECM, ma il sindacalista vostro amico aggiusterà la questione.

Castro: Il congresso da voi organizzato sarà un grande flop e dovrete rimborsare i vostri colleghi che, con quei soldi, andranno ad un congresso migliore.

Leone: La banca, per un'omonimia, ha versato il vostro stipendio ad un collega di guardia medica e viceversa ed il direttore alle vostre rimostranze, vi dirà: ringrazi che non le faccio fare la guardia medica.

Virgine: Un commando di madri "discinte" vi inseguirà e voi pensando a richieste pressanti di domiciliari fuggirete: meglio così!

Bianca: La vostra autostima è ai minimi storici, nessuno si fida più di voi, vi sarà contestato, da una madre naturista, pure un programma di svezzamento, datevi una mossa.

Scorpione: Avrete l'illusione di essere riusciti a correggere una diagnosi fatta a vostro sfavore in guardia medica, ma trattandosi di un caso da letteratura unico nel suo genere, verrete smentiti anche questa volta!

Sagittario: Una nonna sorda vi porterà il "pizzino" di una richiesta di RMN total body, scritto in verità dal portiere, sarete costretti a trascriverla per questioni di tempo.

Capricorno: L'ospedaliero, vostro nemico, ricovererà un vostro paziente a costi zero nel migliore ospedale statunitense e risolverà così, brillantemente, un vostro dubbio diagnostico.

Acquario: Una quindicenne, vostra assistita, è in dolce attesa: complimenti! Due piccioni con una fava.

Besci: Il medico generico neo inserito vi ruberà tutti gli "over sei anni", il vostro parco assistiti sarà sempre più parco.



RISCHI CARDIOVASCOLARI SIN DALL'INFANZIA : LA PREVENZIONE

di Francesco Privitera

Da tempo ormai è noto che l'aterosclerosi comincia durante l'infanzia! Pertanto la prevenzione delle malattie cardiovascolari è una delle missioni primarie che i pediatri, soprattutto quelli che operano nel territorio, dovrebbero svolgere.

Il più precoce segno di ritenzione lipidica è la presenza di cellule schiumose macrofagiche. Queste si trovano nel 45% dei lattanti fino a 8 mesi di vita per poi diminuire successivamente e, quindi riaumentare nel periodo della pubertà. Dalla fine della pubertà 2/3 dei soggetti studiati da Stry in un lavoro del 1989, presentavano un qualche tipo di lesione coronarica con aumento progressivo dei casi di preateroma ed ateroma. Come si sa l'aterosclerosi è una malattia lenta e progressiva

che già nel 1986 (Bogalusa Heart Study) è stata dimostrata essere presente sin dall'infanzia. Maggiore è il numero di fattori di rischio cardiovascolari nel soggetto (dislipidemia, ipertensione, obesità, insulino-resistenza), tanto più alta è la probabilità che le modificazioni patologiche a livello aortico e coronario inizino precocemente durante l'infanzia.

E' stato dimostrato da recenti studi finlandesi e americani, che hanno seguito una popolazione dall'infanzia fino all'età adulta, come la presenza di fattori di rischio (elevate LDL, basse HDL, elevati trigliceridi, ipertensione ed elevato BMI) durante l'infanzia, comportasse in età adulta la comparsa di segni precoci di aterosclerosi indipendentemente dal numero di fattori di rischio presenti in quel momento.

FATTORI DI RISCHIO.

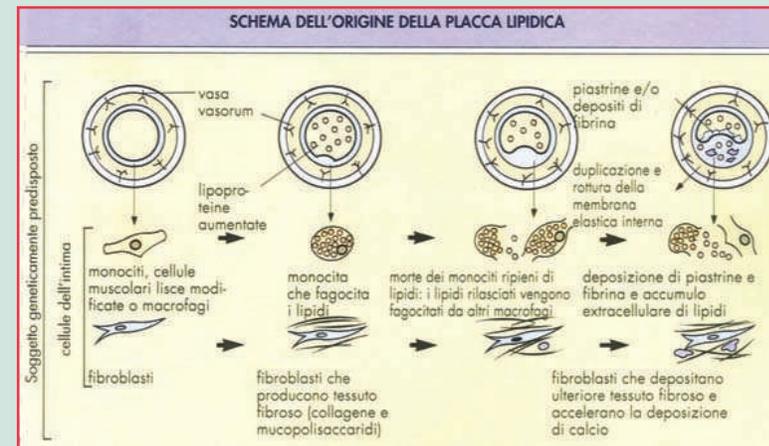
Il primo tra i fattori di rischio cardiovascolare, anche in età pediatrica, è la **familiarità per patologie**

cardiovascolari.

Un'altro fattore di grande importanza soprattutto per il progressivo aumento della sua incidenza in età pediatrica è l'**obesità**. Nei bambini obesi oltre alle lesioni aterosclerotiche precoci è stata dimostrata (così come anche nei bambini diabetici di tipo I e II) la presenza di elevati livelli di proteina C reattiva, indicatori di uno stato di infiammazione sub-clinica che, anche nell'adulto, è messa in correlazione col danno aterosclerotico.

Inoltre è stato rilevato che tale incremento della PCR nell'infanzia, persiste nell'età adulta in una percentuale significativa di casi, correlando con un aumento dello spessore dell'intima-media a livello carotideo, se presente insieme ad altri fattori di rischio. Molto importante ricordare l'associazione tra obesità e **sindrome metabolica** (vedi numeri precedenti di ACP-Paiòs), che costituisce anche nei bambini uno dei principali fattori di rischio cardiovascolari.

Un efficace marker di presenza di sindrome metabolica e l'adiponectina, i cui valori, se ridotti, correlano in modo significativo con la presenza della sindrome.



Pertanto il dosaggio dell'adiponectina è candidato a diventare un marker predittivo di rischio cardiovascolare. Altro fattore di rischio non trascurabile sono le **dislipidemie** (ad es. la ipercolesterolemia familiare) di cui parleremo nel dettaglio in un prossimo spazio.

Anche i soggetti con basso peso alla

nascita sono a rischio cardiovascolare in quanto è stato documentato un aumentato spessore dell'intima-media aortica: inoltre esiste un'associazione tra questi neonati e la sindrome metabolica.

L'American Heart Association considera ad elevato rischio cardiovascolare anche i seguenti soggetti non portatori diretti dei classici fattori di rischio: **1) portatori di malattie renali croniche**: in questi soggetti il danno vasale e miocardico è legato sia all'uremia, sia alla concomitanza di altri fattori come l'ipertensione e gli elevati livelli di colesterolo e trigliceridi; **2) sottoposti a trapianto cardiaco**: nel

74% di questi soggetti sono presenti lesioni istopatologiche a livello coronario, ma sono diverse dal tipico processo aterosclerotico e la loro patogenesi è ancora sconosciuta; comunque si è osservato che una migliore immunosoppressione correla con un miglioramento della patologia coronaria, mentre questa situazione di rischio è aggravata dalla concomitanza di altri fattori, come ad es. dislipidemia (dovuta alla combinazione di terapie immunosoppressive), obesità (dovuta alla terapia corticosteroidica), ipertensione (spesso dovuta alla ciclosporina), iperomocitemia (frequente dopo il trapianto), riduzione eserci-

zio fisico al quale questi soggetti si devono riabituarci; **3) pregressa malattia di Kawasaki**, per i noti danni a livello coronario; **4) portatori di malattie infiammatorie croniche**: qui il fattore che principalmente è importante è lo stato di flogosi cronica caratteristico di queste patologie; **5) portatori di cardiopatie congenite**; **6) con pregresso tumore** (combinazione tra danno miocardico dovuto alla chemioterapia ed altri fattori di rischio).

Nella tab.1, per finire, riassumiamo le linee guida per l'identificazione dei soggetti a rischio cardiovascolare: una volta identificati questi soggetti si devono attuare

Fattori di rischio per l'identificazione di bambini e adolescenti a rischio di malattie cardiovascolari

tab.1

- Familiarità per malattie cardiovascolari;
- Basso peso alla nascita;
- Colesterolo TOT.: borderline tra 170 e 200 mg/dL elevato > 200 mg/dL;
- Colesterolo LDL: borderline tra 110 e 130 mg/dL elevato > 130 mg/dL;
- Colesterolo HDL: < 35 mg/dL;
- Trigliceridi: > 150 mg/dL;
- Pressione Arteriosa: > 90° centile;
- BMI: tra 85° e 95° centile = rischio di sovrappeso > 95° centile = sovrappeso.

tutte quelle strategie farmacologiche e non per prevenire la patologia cardiovascolare.



Una guida per.... le "Linee Guida"

Negli ultimi anni la ricerca in campo medico e biologico ha prodotto una tale quantità di nuove conoscenze che è diventato difficile per il medico prendere decisioni cliniche fondate sulle prove scientifiche disponibili, a meno che egli non operi in un ambito molto ristretto o specialistico.

Le linee guida (LG) sono «raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, con lo scopo di aiutare i medici e i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche».

Il numero di linee guida disponibili nelle varie aree della medicina è in continua crescita.

Ma per conoscere quali linee guida sono già disponibili su un determinato argomento, dove ci si può rivolgere? Ho pensato di condensare in una pagina i riferimenti più utili da tenere sotto mano per chi ha, nel nostro quotidiano lavoro, poco tempo per leggere e ancora meno per mettersi a navigare... a vista.

Tra le banche dati più accessibili ricordiamo quella americana (www.guideline.gov), quella canadese (www.cma.ca/cpgs) e quella neozelandese (www.nzgg.org.nz.library.cfm), oltre ai singoli siti di Agenzie internazionali (SIGN, www.sign.ac.uk; ANAES, www.anes.fr). L'elenco completo in italiano si trova nel sito PNLG, www.pnlg.it dove elencano e spesso rendono disponibile online le linee guida da loro prodotte.

Una lista di siti utili al pediatra Siti di interesse sull'EBM

AREAS (Associazione per la Ricerca sull'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria, Centro Cochrane Italiano)
<http://www.areas.it/>
CDC - Center for Diseases Control
<http://aepo-xdv-www.epo.cdc.gov/wonder/prevguid/prevguid.htm>

Centre for Evidence-Based Child Health
<http://www.ich.bpmf.ac.uk/ebm/ebm.htm>
Center for Evidence Based Medicine
<http://cebmr2.ox.ac.uk/>
Centre for Evidence-Based Pharmacotherapy
<http://www.nottingham.ac.uk/~paxjc/clinphar.htm>
Clinical Epidemiology and Health Care Research - Other WWW Links
<http://www.utoronto.ca/clinepi/links.htm>
Evidence Based Medicine
<http://www.herts.ac.uk/lrc/subjects/health/ebm.htm>
Evidence Based Medicine: Finding the Best Clinical Literature (Univ Chicago)
<http://www.uic.edu/~jod/ebm.html>
GIMBE (Gruppo Italiano per la Medicina Basata sull'Evidenza)
<http://www.gimbe.org/Home.htm>
Netting the Evidence
<http://www.shef.ac.uk/%7Eescharr/ir/netting.html>
UK NHS R&D Strategy: Towards an evidence based health service
<http://libsun1.jr2.ox.ac.uk/a-orrd/index.htm>

Banche dati

EMBASE (a pagamento)
<http://www.embase.com/>
MEDLINE (PubMed)
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/>
Revisioni sistematiche
Abstracts Revisioni Cochrane
<http://www.update-software.com/abstracts/mainindex.htm>

Abstract Revisioni Cochrane in italiano
<http://www.update-software.com/abstracts/it/grouplist.htm>
Abstracts of Cochrane Reviews
<http://hiru.mcmaster.ca/cochrane/cochrane/revabstr/abidx.htm>

DARE (Database of Abstract of Reviews of Effectiveness)
<http://144.32.228.3/scripts/WEBC.EXE/NH-SCRD/start>
NEED (NHS ECONOMIC EVALUATION DATABASE)
<http://144.32.228.3/scripts/WEBC.EXE/NH-SCRD/start>
HTA (Health Technology Assessment Database)
<http://144.32.228.3/scripts/WEBC.EXE/NH-SCRD/start>

Canadian Task Force on Preventive Health Care
<http://www.ctfphe.org/Default.htm>
Effective Health Care bulletins
<http://www.york.ac.uk/inst/crd/ehcb.htm>
Guide to Clinical Preventive Services, Second Edition, U.S. Preventive Services Task Force
<http://odphp.oash.dhhs.gov/pubs/guidecps/>



INCONTRI PAIDOS 2008

La difficile Pediatria:
dal caso clinico al confronto con gli specialisti

I primi appuntamenti:

26 Gennaio:

Un bambino con otorrea

G. Bartolozzi, A. Fischer, I. La Mantia, A. Di Cataldo

In fase di accreditamento
ECM

15 Marzo:

Un occhio rivelatore

G. Bartolozzi, M. Di Pietro, M. Lubrano

In fase di accreditamento
ECM

18 Ottobre:

Un'enuresi secondaria

G. Bartolozzi, M. Caruso, Lorini

In fase di accreditamento
ECM

Gli incontri si terranno tutti presso la sala congressi dell'Ospedale di Acireale.

N.B.: Le date e gli argomenti degli eventi possono subire variazioni.

