

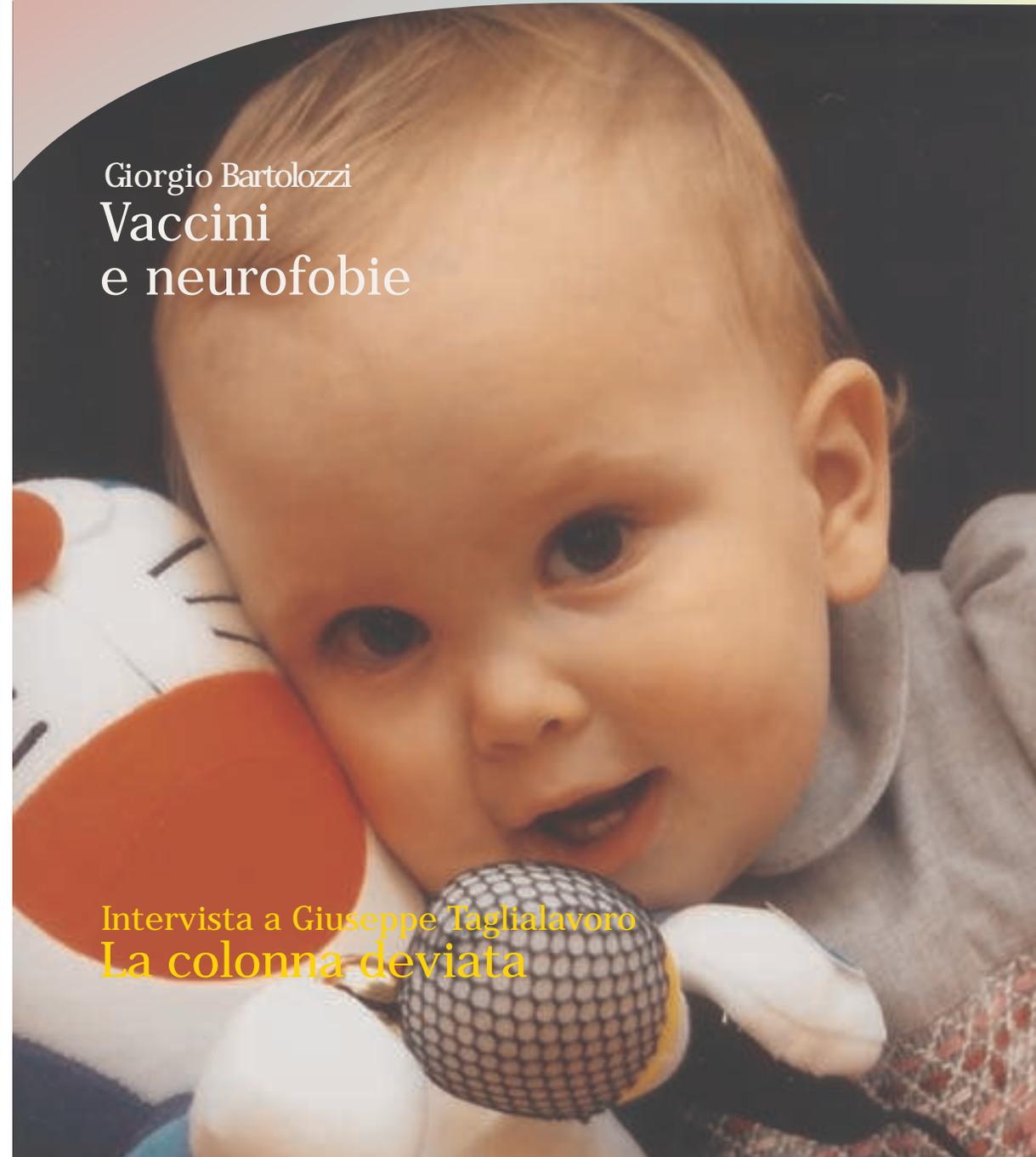
note di cultura per il pediatra

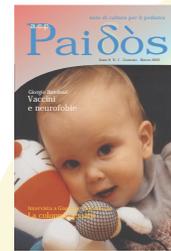
a.c.p.
Paidòs

Anno 6 N. 1 - Gennaio - Marzo 2005

Giorgio Bartolozzi
Vaccini
e neurofobie

Intervista a Giuseppe Tagliavoro
La colonna deviata





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

Angelo Fazio
Antonio Russo
Paolo Vigo
Giusy Geremia
Maria Rita Allegra
Angelo Milazzo
Giuseppe Mazzola
Giuseppe Tagliavoro

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 Patanè
Francesco Privitera
Salvatore Spitaleri

Segreteria e Grafica

A.S.C. Europromo
Tel 347 7792521
Fax 095 472387
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

Effimere fioriture

di Antonino Gulino

Il 2005 segna qualche cambiamento nella nostra rivista, mi ritrovo direttore mio malgrado, succedendo all'amico Alberto Fischer, che di questa iniziativa è stato non solo promotore ma anche lucida ed instancabile guida.

Il percorso che mi si prospetta è arduo, ma credo che Paidòs abbia negli anni acquisito una sua specifica originalità, può certamente essere arricchito, ma non stravolto. Mi sento confortato dall'aiuto degli amici di sempre, Maria Libranti, Marilisa Fiorino, Francesco Privitera, Vito Marletta, Filippo Di Forti, Pippo Spitaleri ma soprattutto dalla rassicurante presenza di Alberto Fischer, che da oggi curerà una nuova rubrica dedicata all'EBM, la medicina basata sull'evidenza, il metro con cui sempre più spesso dovremo valutare la nostra professione.

Il mio desiderio è quello di sottolineare le novità emerse dai nostri incontri di aggiornamento ma soprattutto di dare continuità ad una rivista che parli la nostra lingua, quella del pediatra, del medico dei bambini, senza presuntuose aspirazioni scientifiche, provando a fare cultura non solo medica.

Questo numero nasce con una dolorosa defezione, il nostro Albertino mi ha chiesto una "pausa di riflessione", che spero sia breve in quanto tutti abbiamo bisogno delle sue osservazioni fuori dai limiti angusti dei nostri ambulatori.

La mia ambizione è quella di dare voce a tutte le variegate presenze dell'universo pediatrico, a partire dallo stesso editoriale che spero di trasformare in una rubrica aperta a tutti coloro che hanno voglia di parlare di pediatri e di pediatria, senza alcuna preclusione ma con l'intento di aiutare / aiutarci a crescere.

Se i nostri buoni propositi si trasformeranno in reali opportunità lo vedremo man mano, il giorno lungo e freddo di primavera illumina e strappa le fioriture effimere, recitano i versi di un grande poeta che ci ha lasciato proprio in questi giorni, Mario Luzi, io spero di continuare a lavorare ad un progetto che serva a dare visibilità ai tanti pediatri che quotidianamente si impegnano per dare concrete risposte ai bisogni dei nostri bambini e che continuano a pensare che il nostro non sia solo un lavoro.

SOMMARIO

- 3 Editoriale
- 4 L'angolo di Giorgio Bartolozzi
- 6 Clinica ed evidenza
- 8 Focus su ... la scoliosi
- 9 Il sito di G. Mazzola
- 10 La certificazione medica
- 12 La colonna deviata
- 15 Cinetosi
- 16 L'allergonauta
- 17 Lo stupidiatra
- 18 Clinical game
- 19 Disturbo da stress post-traumatico
- 20 Pillole di endocrinologia
- 22 News dalla rete

RUBRICHE

- 11 Digiamocelo
- 14 Un pediatra al cinema
- 14 L'angolo della poesia
- 15 Recensioni

Copertina
(foto di M. Libranti)

I fanatici terroristi dell'antivaccinazione cercano costantemente motivazioni scientifiche per sconsigliare ogni tipo di vaccinazione oggettivando storici timori in dogmi che fino ad ora non hanno mai avuto il conforto della corretta ricerca scientifica medica. Una di queste è la correlazione causale tra vaccinazioni e malattie neurologiche.

Vaccini e neurofobie

di Giorgio Bartolozzi



Non è mai stato dimostrato che possa esistere una correlazione causale stretta tra vaccinazione e patologie neurologiche del bambino, come è stato più volte paventato da molti autori, che la considerano una sorta di meccanismo induttivo in un sistema di equilibrio instabile. Tuttavia la cautela è necessaria davanti a situazioni particolari onde evitare che vengano imputati ai vaccini patologie che si

realizzerebbero comunque e indipendentemente da tale importante atto medico. bambini dei primi mesi di vita, infatti, che hanno gravi sofferenze neurologiche e delle quali non si conosca ancora la causa precisa, è buona norma rimandare la vaccinazione, attendendo una stabilizzazione della sintomatologia.

Ciò vale soprattutto per gli spasmi affettivi o per quelle convulsioni svincolate da fenomeni febbrili che nei piccoli bambini potrebbero essere legate ad anomalie genetiche del meta-

bolismo a carattere progressivo. La cautela è necessaria proprio per evitare che vengano attribuiti alla vaccinazione eventi legati al naturale evolversi della malattia di base.

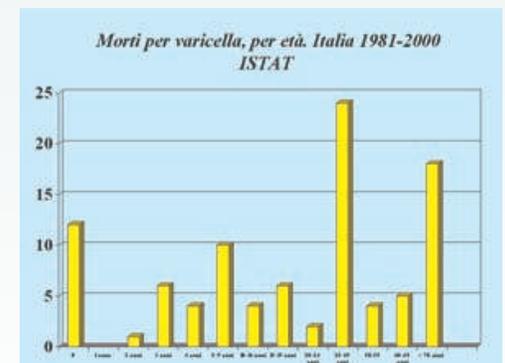
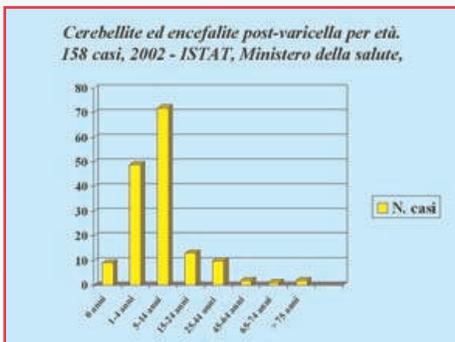
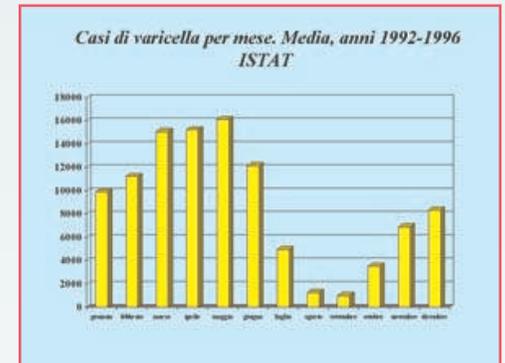
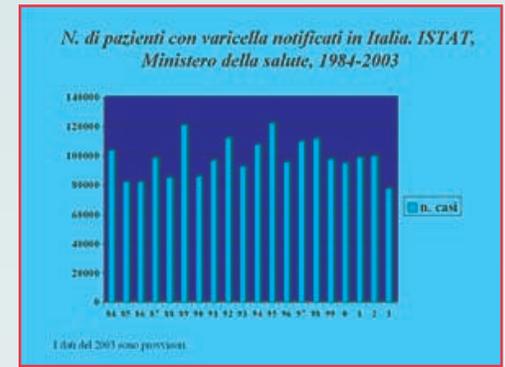
Un aspetto frequente, e motivo di preoccupazione, sono le convulsioni febbrili. Esse non debbono essere considerate delle "controindicazioni", quanto piuttosto delle "indicazioni", poiché è proprio con alcune vaccinazioni che vengono prevenute malattie clas-

sicamente accompagnantesi ad alto rischio convulsivo, se non a danni del SNC.

In un bambino che abbia già avuto delle convulsioni debbono essere considerati in maniera particolare due vaccini: quello antipertosse e quello MPR. Con il vaccino intero antipertosse il rischio di convulsioni era 7 volte più alto che per ogni altro vaccino. E', oggi, un dato incontrovertibile che il vaccino acellulare ha azzerato questo rischio. Per quanto riguarda il vaccino MPR è necessario far capire ai genitori che proprio il rischio di convulsioni febbrili costituisce una indicazione alla vaccinazione e che comunque l'eventuale febbre che insorge a 8-12 gg dalla vaccinazione può essere controllata dalla somministrazione preventiva di paracetamolo.

Un argomento di attualità è oggi la vaccinazione antivariella, ennesima e valida arma offerta ai pediatri ed ai bambini. E' risaputo come una delle complicanze più frequenti della varicella sia l'encefalite, definizione in cui oggi entra anche la cerebellite. Nel 2002 si sono avuti 158 casi di encefaliti ed è bene sapere che la terapia con aciclovir non impedisce l'interessamento del SN, legato ad una patogenesi immunitaria. Il maggior numero di casi di varicella si manifesta in bambini di età inferiore ai 5 anni e, come tutti possiamo registrare in questi giorni, nei mesi primaverili. Spesso viene sottovalutato anche il pur basso rischio di letalità, ma si tenga conto che solo nel 1993 vi sono stati 12 decessi e complessivamente 96 nell'arco dell'ultimo ventennio.

E' opportuno riflettere su questa ulteriore opportunità che viene offerta ai nostri bambini.



Si diffonde sempre più il movimento culturale dell'EBM, fondato sulle prove e livelli di evidenza, metodo che permette una costante verifica delle scelte operative del singolo medico. Con una serie progressiva di articoli, analizzeremo un caso clinico per risolvere di volta in volta i quesiti secondo i criteri della medicina basata sull'evidenza.



Tra esperienza ed evidenza

di Alberto Fischer



E.B.M significa medicina basata sulle migliori prove di evidenza disponibili, e realizza in maniera scientifica ed organicistica quanto quotidianamente facciamo nella nostra pratica clinica quotidiana. E' un movimento culturale che vede la luce per la prima volta nelle pagine di JAMA, nel 1992, ma i cui germogli possiamo riscontrare già nel 1830, in un lavoro del parigino Charles Alexandre Luis, *Médecine d'Observation*, che raccogliendo l'eredità illuminista della sperimentazione dà l'avvio allo sviluppo dell'epidemiologia clinica. Proprio un epidemiologo, l'inglese Archibald Cochrane, nel 1972, sottolineava come la professione medica non era stata in grado di organizzare un sistema tale da rendere disponibili e aggiornate delle revisioni critiche sugli effetti dell'assistenza sanitaria. Nel 1996 David Sackett, che possiamo considerare il padre spirituale dell'EBM, chiarisce in un suo famoso articolo, cosa è e cosa non è l'EBM.

Pilastri e obiettivi del percorso EBM sono

fondamentalmente i seguenti:

- Trasformare il bisogno di informazione del medico in quesiti che possono avere una risposta (Quesito medico strutturato)
- Reperire, con il massimo di efficienza, le migliori evidenze con cui rispondere a tali domande, sia che provengono dall'esame obiettivo, dagli esami di laboratorio, dalla letteratura medica, o da altre fonti.
- Valutare criticamente le evidenze reperite (cioè assegnare loro un peso) per determinare la validità e l'utilità (cioè la loro concreta applicabilità clinica)
- Trasferire alla pratica clinica le conclusioni tratte dai risultati
- Valutare le proprie prestazioni (cioè il proprio comportamento e la propria efficienza).

Questo metodo viene da noi attuato quotidianamente, e, spesso, inconsapevolmente. Le risposte le ricerchiamo attraverso la lettura di riviste specializzate, o attraverso le ampie possibilità d'informazione che ci offre internet, o

Il quesito clinico strutturato

Il quesito clinico ben formulato ha in genere due componenti:

- 1) Domande di fondo (background questions). Ci si pone un quesito di conoscenza generale sulla patologia oggetto di interesse, che a sua volta ha due parti essenziali: a) una preposizione (chi, cosa, dove, quando, come, perché) con un verbo; b) una patologia o un aspetto di essa.
- 2) Domande più specifiche (foreground questions) con un quesito specifico che ha tre o quattro parti: a) il paziente o il problema; b) l'intervento terapeutico o diagnostico o altro; c) l'intervento alternativo; d) l'esito clinico che ci interessa. Questa parte del quesito viene sintetizzata nell'acronimo PICO (P= population - I=intervention - C=comparison - O=outcome)

facendo riferimento ad un esperto stimato, o alla nostra esperienza diretta.

Tuttavia non sempre abbiamo la disponibilità temporale di valutare criticamente l'enorme offerta di informazione medica, né dominiamo con sicurezza la capacità critica che ci permette di individuare quei lavori che presentino criteri e prove di evidenza ineccepibile. E del resto la mole di informazione, anche nella correttezza dei criteri, non sempre è in grado di fornirci i mezzi per fare delle scelte applicabili nel nostro quotidiano mestiere. Un aiuto potrebbe derivarci dalle numerose linee-guida, che sono costruite da serie associazioni scientifiche o da aziende universitarie o ospedaliere, attraverso la revisione critica metanalitica di tutti i lavori relativi al presupposto clinico, secondo criteri basati sui principi dell'ebm. Sarebbe lungo e forse anche noioso riportare tutta la metodologia ebm, per cui cercheremo di analizzare un caso clinico, realmente occorso, frammentandolo nei diversi momenti che lo hanno caratterizzato, riportando nei riquadri alcune note esplicative della metodologia ebm.



Lo scenario clinico

Dario, di mesi 6, viene condotto dalla madre al pronto soccorso pediatrico perché da tre gg ha febbre elevata. Il pediatra curante aveva diagnosticato il giorno prima una OMA e consigliato una terapia con un macrolide per via orale. Dario si presenta sofferente, con un pianto monotono, con pause di irrequietezza, intervallate da torpore. La fontanella bregmatica è lievemente depressa e non pulsante; la cute è mazzata, soprattutto in coincidenza dell'elevazione termica, la quale si accompagna anche a lievi tremori delle mani. La cute della zona malare è iperemica bilaterale.

1° Quesito strutturato

Un lattante di 6 mesi con febbre elevata da tre gg (P) deve essere ricoverato in un reparto pediatrico (I)? Il ricovero rispetto al non ricovero (C) è in grado di assicurare una guarigione?

Le fonti di riferimento

Tra le varie linee guida prendiamo in esame quella del Cincinnati Children's Hospital Medical Center, che fa riferimento a bambini febbrili di età compresa tra i 2 ed i 36 mesi (*Outpatient*

evaluation and management fever uncertain source in children 2 to 36 months of age) del febbraio 2000, revisionata nell'ottobre 2003. Un dato di partenza importante è proprio la definizione di febbre di origine incerta che è posta sulla base di una febbre che rimane di fonte sconosciuta nonostante un attento esame clinico ed una anamnesi ben raccolta. La prevalenza di batteriemia occulta è in questi casi dell'1,6-3,4% ed una piccola proporzione di questi casi evolve verso una infezione batterica grave (IBG). Questa definizione include: la meningite, la sepsi, la polmonite batterica, la infezione del tratto urinario e le osteoartriti infettive. Le forme virali, che possono comunque esser gravi, hanno una prevalenza del 55% rispetto a tutte le cause di febbre elevata nel lattante.

Nel riquadro sottostante viene suggerita la valutazione clinica di massima a cui far riferi-

| Situazione clinica | Caratteristiche | Ricovero |
|------------------------------|---|-----------------------|
| Well (buono stato di salute) | - Sorride, non irritabile, mangia bene, piange ma si consola - Non disidratazione - Buon refill cutaneo - Nessun segno di stress respiratorio | No ricovero |
| Ill (appare malato) | - Sorride poco, irritabile con pianto frequente, ma risponde ai parenti, meno allegro del solito, mangia poco - Segni medi di disidratazione - Buon refill cutaneo | Osservazione |
| Toxic (settico) | - Irritabile e non facilmente consolabile, contatto visivo scarso, riduzione dell'interazione con i genitori, letargico o poco responsivo, non si alimenta, segni di irritazione meningea - Petecchie o porpora cutanea - Segni di marcata disidratazione - Refill cutaneo alterato - Pallore, bradicardia - Frequenza respiratoria > 60, dispnea, cianosi | Ricovero obbligatorio |

mento nelle scelte da operare.

Le LG non prendono in considerazione lattanti di età inferiore ai due mesi con febbre alta che comunque debbono esser ricoverati.

Considerazioni

Dario è un lattante di 6 mesi, che ha febbre elevata (> 39°C), mangia poco, non sorride, è irritabile, ha un pianto lamentoso e monotono, non consolabile dalla madre; è modestamente disidratato, ha un refill cutaneo ritardato e quindi rientra nel terzo caso (Toxic) previsto dalle LG del Cincinnati Children's Medical Center e va ricoverato. In questo caso il rischio di uno shock settico irreversibile è elevato e in ambiente protetto è possibile attuare tutta una serie di interventi che, al di là della causa della febbre, possono evitare tale processo.



Non tutte le scoliosi sono eguali e non tutte sono l'espressione di una condizione patologica.

Focus su... la scoliosi

di Giuseppe Tagliavoro

Per scoliosi s'intende la deviazione laterale del rachide, condizione anomala, essendo la colonna vertebrale, vista di fronte, perfettamente dritta. Ma non tutte le scoliosi sono eguali e non tutte sono l'espressione di una condizione patologica. In letteratura medica, infatti, le scoliosi, si suddividono in due grandi gruppi: le **scoliosi funzionali** e le **scoliosi strutturate**.

Le scoliosi funzionali sono deviazioni laterali della colonna che si manifestano solo durante il "funzionamento" del rachide, in altre parole durante la stazione eretta, e scompaiono in decubito supino o prono.

La scoliosi astenica o paramorfica, è un esempio tipico. E' di lieve entità, ad ampio raggio e si corregge completamente con la flessione anteriore del tronco e in decubito supino. Non presenta né clinicamente né radiograficamente rotazione dei corpi vertebrali, né alterazioni strutturali delle vertebre. È legata all'abitus costituzionale del soggetto, in genere longilineo, con ipotrofia muscolare, addome prominente, spesso psicologicamente introverso.

Questi soggetti, talora, presentano anche dorso curvo, iperlordosi lombare, piede piatto valgo, ginocchia valghe, elementi clinici anch'essi privi di significato patologico.

La scoliosi statica è un altro esempio di scoliosi funzionale. Conseguenza alla

presenza di arto inferiore più corto del controlaterale, accorciamento primitivo, in genere di 1- 2 cm, di cui si ignora l'origine, o secondario alle più svariate condizioni patologiche quali polio, paralisi spastica, lussazione dell'anca, esiti di fratture e così via. In questi casi, per "correggere" la scoliosi bisogna pareggiare la differenza di lunghezza degli arti, inserendo nella calzatura dell'arto più corto, in corrispondenza del tallone, un "rialzo" di spessore pari alla differenza di lunghezza degli arti.

La scoliosi antalgica, così detta perché indotta da contrattura asimmetrica delle masse muscolari paravertebrali, è un altro esempio di scoliosi funzionale. Compare ogni qual volta una noxa patogena produce una contrattura dei muscoli paravertebrali. In questi casi le masse muscolari contratte funzionano come la corda di un arco: più sono contratte più la colonna si incurva come si incurverebbe l'arco tirando la corda. La scoliosi così determinata è destinata a scomparire prontamente allorché è rimossa la causa che determina la contrattura.

Le Scoliosi strutturate, invece, sono delle vere e proprie condizioni patologiche. La deviazione laterale è **permanente**, in relazione ad alterazioni strutturali della colonna, in particolare alla deformazione a cuneo dei corpi vertebrali e alla rotazione vertebrale.

Per **deformazione a cuneo** s'intende un'alterazione permanente della forma dei corpi vertebrali, tale per cui le vertebre assumono sul piano frontale l'aspetto di un cuneo. Da essa trae origine la deviazione laterale del rachide.

Per **rotazione vertebrale** s'intende la rotazione del corpo vertebrale attorno al suo asse longitudinale e verso la convessità della curva. E' indotta dalla deviazione laterale, quando questa supera una certa entità.

Le scoliosi strutturate si distinguono a loro volta, in congenite e acquisite. - **Le scoliosi congenite**, sono presenti già fin dalla nascita e possono trarre origine da difetti di formazione embrionale (mancata segmentazione mono o bilaterale), per cui i corpi vertebrali singolarmente o nel loro insieme assumono sul piano frontale la forma di cunei (emispondili) o da mesenchimopatie congenite, in grado di alterare la struttura ossea e/o legamentosa del rachide (s. di marfan, osteogenesi imperfetta).

Le scoliosi acquisite, o secondarie, si distinguono a loro volta in scoliosi ad etiologia nota e in scoliosi idiopatiche (ad etiologia ignota).

- **Le scoliosi ad etiologia nota** traggono

origine da tutte quelle condizioni patologiche in grado di alterare la resistenza meccanica dell'osso (osteomalacia, rachitismo, osteoporosi, spondilite, frattura somatica, neoplasia) da cui consegue la deformazione a cuneo dei corpi vertebrali e quindi la deviazione laterale o da quelle patologie in grado di alterare l'equilibrio bio-meccanico del rachide, attraverso deficit neurologici e/o muscolari, dai quali trae origine la deviazione laterale (poliomielite, distrofie muscolari, paralisi cerebrali). Possono essere riscontrate in qualunque fascia di età

- **Le scoliosi idiopatiche** rappresentano la stragrande maggioranza delle scoliosi e sono queste a coinvolgere prevalentemente gli adolescenti. Rappresentano il 70% circa di tutte le scoliosi evidenziabili in età evolutiva, in coincidenza della crisi puberale, vale a dire tra i 10 e i 13 anni e risultano prevalente appannaggio del sesso femminile con un rapporto di 8 a 1. Si calcola che la scoliosi idiopatica, se non trattata o trattata in maniera inadeguata, possa peggiorare fino a 20° Cobb/anno, avendosi il massimo del potenziale aggravamento, indicativamente, intorno agli 11-13 anni per le femmine e ai 12-14 anni per i maschi.

about:blank - Microsoft Internet Explorer
File Modifica Visualizza Preferiti Strumenti 2
Indietro Avanti Termina Aggiorna Pagina iniziale Cerca Preferiti Cronologia Posta Stampa Modifica
Ingrizzo http:// Il sito di Giuseppe Mazzola Vai Collegamenti

www.SIKELIA
TUTTI GLI ALBERGHI SICILIANI
CUCINA TIPICA SICILIANA
PERCORSI, ITINERARI, ORTE
CORFINE, GUIDE, STORIE
DELLE 9 PROVINCE SICILIANE

SIKELIA.COM è un sito amatoriale che nasce dalla passione verso la terra siciliana, le sue radicate e multiformi tradizioni, i suoi sapori inconfondibili, i suoi incantevoli paesaggi naturali.
L'influenza della cultura araba ha lasciato in Sicilia profonde tracce non solo nell'architettura ma anche nella cucina e, in particolare, nell'arte dolciaria. Un viaggio in Sicilia consente di scoprire nei sapori di un pasticcino, di una torta o di un gelato, le millenarie stratificazioni lasciate da tutti i popoli che hanno attraversato l'isola.
Tutta l'arte dolciaria siciliana, un tempo divisa per caratteristiche nei diversi territori, ha subito un processo di omologazione che consente oggi di trovare quasi ovunque tutte le grandi specialità, dalla cassata al cannolo di ricotta, dal torrone alla pasta di mandorle. Alcune località si distinguono tuttavia per lavorazioni particolari legate alla tradizione. A tal fine SIKELIA propone pubblicazioni e itinerari personalizzati.

Il certificato medico è un attestazione scritta di fatti rilevanti nell'esercizio professionale la cui finalità è quella di provare la veridicità dei fatti stessi.

La certificazione medica

di Paolo Vigo

La certificazione sanitaria, sia essa una cartella clinica o un certificato medico, può essere occasione di responsabilità penale a carico del medico, può rappresentare la prova di una condotta professionale non corretta come pure può costituire il mezzo per dimostrare l' idoneità di un determinato trattamento. Costituisce, quindi, un momento importante nel lavoro del medico, carico di possibili futuri riflessi non necessariamente negativi. Momento al quale, purtroppo, si è portati sovente a dedicare poco tempo ed attenzione perché ci si dimentica che questi atti non hanno solo finalità assistenziali, ma anche precisi risvolti giuridici e deontologici.

Il certificato medico è un'attestazione scritta di fatti rilevanti nell'esercizio professionale la cui finalità è quella di provare la veridicità dei fatti stessi, nel quale si attesta la sussistenza di fatti obiettivi riscontrati dalla percezione visiva, auditiva ed intellettiva del medico nell'esercizio della sua attività professionale. Essendo un atto pubblico deve essere veritiero e redatto chiaramente. In virtù del dovere di informativa il medico non può rifiutarsi, senza giustificato motivo, di rilasciare direttamente al paziente certificati relativi al suo stato di salute, attestando i dati clinici di competenza tecnica che abbia direttamente constatato (art. 22 del Codice Deontologico).

Una certificazione per essere valida deve riportare le generalità della persona a cui viene rilasciato, deve permettere di poter risalire, in maniera univoca, all'epoca a cui si riferisce il contenuto, deve contenere l'obiettività clinica, la data ed il luogo di compilazione e la firma del medico con la qualifica ed il domicilio. Non deve, inoltre, ingenerare dubbi di qualsiasi tipo, deve essere intelligibile e coerente oltre che contenere la soggettività, l'obiettività clinica ed il giudizio del sanitario (diagnosi e prognosi).

L'obiettività clinica deve, chiaramente, corrispondere a quella realmente riscontrata e pertanto verificabile anche da altri. Pertanto è falsa la certificazione che attesta qualcosa di diverso da quanto osservato. Inoltre, bisogna assolutamente evitare la compilazione di certificati retrodatati: se il medico è certo di avere

effettuato una determinata prestazione potrà, secondo prassi corretta, attestare di averla effettuata in quel determinato giorno senza retrodatare il certificato.

La certificazione medica è sottoposta al vincolo degli art. 480 e 481 del Codice Penale (C.P.) relativi alla falsità ideologica commessa rispettivamente dal pubblico ufficiale e dal personale esercente un servizio di pubblica necessità quale è il medico in senso lato, anche se l'indirizzo giurisprudenziale degli ultimi anni ha evidenziato come la qualifica di pubblico ufficiale compete non solo al direttore sanitario, al perito, al medico di bordo, al necroscopo ma anche al medico del S.S.N. in qualunque veste si trovi ad operare (medico di base, pediatra di base, ospedaliero, convenzionato, ecc..).

E' inoltre importante non incorrere nel reato di falsità materiale come avviene, spesso, per ingenuità. Infatti, per falsità materiale si intende la contraffazione o l'alterazione dell'atto con cancellature o aggiunte successive.

La cancellazione, come insegna la stessa etimologia della parola, per non dare luogo ad inconvenienti di natura giuridica, deve consistere nel racchiudere la o le parole che si intendono eliminare, in una sorta di "cancello", in modo tale che resti sempre leggibile quanto già scritto e qualsiasi eventuale aggiunta deve essere datata e firmata per esteso dal medico stesso.

Del comportamento del medico nella redazione dei certificati si occupa anche il Codice Deontologico negli art. 21, 22 e 23. Le raccomandazioni contenute negli articoli sopra citati riflettono quanto previsto in ambito penale a proposito della falsità ideologica e materiale e della tutela del segreto professionale. Nonostante il rigore della norma penale e di quella deontologica nel corso degli ultimi decenni si è assistito ad una certa superficialità nella compilazione e nel rilascio delle certificazioni a qualsiasi titolo. Ciò, a lungo andare, potrebbe comportare una perdita di credibilità del certificato ed intaccare il prestigio della nostra categoria professionale dove, innegabilmente, la maggior parte di noi esercita l'attività con la massima professionalità e dedizione.

DI GIAMOCELO...



Alla ricerca dei "genitori perduti"

di Maria Libranti

Dal nostro osservatorio privilegiato abbiamo, insieme agli insegnanti e a poche altre categorie professionali, la possibilità di osservare molto da vicino le famiglie e di rilevarne i cambiamenti nel tempo.

Anche da un'analisi superficiale è evidente che i rapidi mutamenti degli ultimi decenni hanno rivoluzionato l'assetto famigliare. Sono scomparsi i nonni all'interno di famiglie sempre meno numerose (quando non uniparentali) ed anche i fratelli e gli zii sono in via di estinzione (com'è inevitabile quando si è figli unici). Quasi tutte le madri lavorano fuori casa, barcamenandosi a fatica tra i vari ruoli che sono costrette a rivestire. I piccoli frequentano sempre più precocemente gli asili nido e il tempo dedicato all'educazione dei figli, già di per sé esiguo, si riduce ulteriormente a vantaggio di televisione (invasiva e pericolosa baby-sitter), videogiochi e di tutte quelle attività (sport, inglese, computers, musica etc.) che sembrano diventati una ineludibile offerta formativa per sentirsi "bravi genitori".

I padri sono diventati "mammi", le mamme sono "sorelle" o "amiche" quando non, addirittura, figlie dei propri figli. *Digiamocelo*, non senza rimpianto, ma dove sono finiti di genitori di una volta? I bambini che frequentano i nostri ambulatori sembrano cercarli disperatamente, bisognosi come sono di una guida ferma che possa contenere le loro emozioni e rassicurarli nelle difficoltà. I capricci all'infinito e il desiderio insaziabile di beni materiali (giocattoli, vestiario alla moda, a volte cibo etc.) altro non sono che la incoscia, e spesso vana, provocazione di un "limite"; la tangibile sperimentazione - da parte dei bimbi - di un adulto più forte di loro cui potersi affidare, sicuri, in caso di bisogno. Sì, è vero, una volta i padri non spingevano il passeggino ed erano impacciati a giocare e relazionare con i figli piccoli; cambiare un

pannolino poi....., pura fantascienza! Ma questa evoluzione, indubbiamente positiva, del rapporto padre-figlio non è stata del tutto indolore. Se priva di quegli eccessi che portavano a stolti autoritarismi non v'è dubbio che per i nostri padri (basta indietreggiare di una o due generazioni) l'educazione degli figli era un impegno che appariva meno gravoso ed, al contempo, assai più efficace di quello odierno. L'assenza paterna dalle attività quotidiane dei figli se da un lato penalizzava il rapporto (la dimestichezza offre maggiori opportunità di conoscenza) dall'altra garantiva al padre tutta quell'autorevolezza necessaria a impartire, a volte con un solo sguardo, le poche regole fondamentali del vivere sociale. Il padre, ammirato e rispettato, interveniva con saggezza e severità, solo quando le mancanze sembravano troppo gravi per essere coperte dalla benevolenza materna. Bastava un "guarda che lo dico a papà" per rendere mite anche il più irrequieto dei "Gianburrasca".

Il conflitto generazionale poi, così importante per attraversare la pubertà sotto i migliori auspici, era garantito proponendosi come la più sicura palestra per affrontare e superare le prime difficoltà della vita. Le madri riuscivano, senza somministrare sedativi (come pretenderebbero - ahimè!-, alcune delle mamme dei miei assistiti!), ad insegnare le buone maniere e perfino a preparare la prima colazione senza l'aiuto della *Ferrero* o del *Mulino bianco*.

Sono certa che i medici di qualche decennio addietro non avranno dovuto patteggiare le terapie come oggi certi genitori ci costringono a fare: « No, dottoressa, lo sciroppino no, Kevin lo vomita. Le supposte? Per carità il bambino non le sopporta. L'aerosol? Kevin non se lo lasciava fare neanche a 6 mesi (detto con una punta d'orgoglio). Le iniezioni??? Keeeviiiin - dice la dottoressa - te le fai le punture?» Non essendo Kevin altro che uno "sfortunato" bambino che deve decidere tutto da sé, non riceverà altra prescrizione che un viaggio organizzato a Lourdes nella speranza che un "miracolo" possa illuminare la sua sprovveduta mamma.

Lo so, lo so che sembrerò una "reazionaria" scrivendolo (mi sembra già di esserlo solo a pensarlo) ma in una società che organizza corsi formativi anche per sapere come annodare un pareo, un corso di "formazione genitoriale" non lo organizza nessuno?



La disponibilità del prof. Giuseppe Tagliavero nostro illustre conterraneo che opera presso la Clinica ortopedica di Padova ci ha permesso di realizzare un importante aggiornamento sulla scoliosi.

Dott. Gulino: Come si deve comportare il pediatra di fronte ad un adolescente con scoliosi?

Prof. Tagliavero: Indipendentemente dalla causa che determina l'insorgenza della scoliosi, in epoca adolescenziale il dato clinico fondamentale risiede nel fatto che la scoliosi in questa fase dell'accrescimento, può peggiorare, in relazione al potenziale di crescita del rachide. Se la scoliosi raggiunge e supera una certa entità, deve essere trattata chirurgicamente, per impedire il successivo peggioramento e quindi la completa destabilizzazione statico-dinamica della colonna, che porterebbe a gravi ed inaccettabili alterazioni funzionali ed estetiche.

Compito del pediatra, pertanto, non potendosi eseguire una prevenzione primaria, è quello di riconoscere, al suo insorgere, la scoliosi vera, differenziandola dalla scoliosi funzionale e monitorarla nel tempo, per porre in essere il trattamento più adeguato non appena mostri di evolvere. Per prevenire l'eventuale peggioramento della scoliosi, fondamentale risulta l'identificazione della fase di accrescimento rapido vertebrale. E' possibile identificare l'inizio di questa fase, attraverso il rilievo dell'epoca di comparsa del menarca, la prima mestruazione, e per mezzo del test di Risser. Il peggioramento della scoliosi idiopatica sarà, inoltre, tanto più grave quanto più precoce sarà l'insorgenza della deformità e tanto più marcate le alterazioni strutturali dei metameri vertebrali, contribuendo all'eventuale peggioramento, la familiarità dell'affezione e la forma anatomico-radiografica della scoliosi stessa.

G.: Qual'è l'età più a rischio per la scoliosi?

T.: Nella pratica clinica, l'età a rischio di scoliosi si colloca tra il 10° e 11° anno di vita. Nel sospetto di scoliosi, il pediatra dovrà, innanzi tutto, indagare attentamente il gentilizio, per l'incidenza assai elevata di scoliosi all'interno di uno stesso gruppo familiare. Particolare attenzione dovrà riservare, inoltre, alla presenza di patologie oculari, cardiache, neurologiche nel tentativo di poter eventualmente identificare una possibile causa di scoliosi.

Fondamentale, come abbiamo detto, è il rilievo

dell'epoca di comparsa del menarca e, nei maschi, l'epoca di comparsa della disfonia della muta (quella caratteristica alterazione del timbro e del tono della voce che caratterizza i maschi all'inizio della pubertà).

G.: Come evidenziarla?

T.: Un attento esame obiettivo consentirà di evidenziare i così detti segni indiretti di scoliosi. Il paziente sarà esaminato in stazione eretta, di fronte e di spalle e a rachide flesso.

A paziente in piedi, visto di fronte e di spalle, si ricercheranno asimmetrie a carico del capo, delle spalle, delle scapole, dei triangoli della taglia e del bacino. L'inclinazione laterale stabile del capo può sottendere la presenza di una scoliosi cervicale; l'asimmetria delle spalle può correlarsi a scoliosi dorsale, se una spalla fosse più alta della controlaterale; le scapole asimmetriche e discoste dal rachide, possono sottendere la presenza di una scoliosi toracica, essendo più alta e discosta la scapola dal lato della convessità della curva; l'asimmetria dei triangoli della taglia sottende una scoliosi dorso lombare, che appiana il triangolo dal lato della convessità della curva; l'inclinazione pelvica, infine, indicativa di scoliosi lombosacrale, specie d'origine neurologica, il più delle volte rappresenta il segno indicativo di una dismetria degli arti inferiori, risultando il bacino inclinato dalla parte ove l'arto è più corto, potendo quindi svelare la presenza di una scoliosi statica.

Con la flessione in avanti del rachide, si avrà modo di verificare la presenza di rotazione vertebrale, segno di fondamentale importanza, che differenzia in maniera inequivocabile le scoliosi funzionali dalle scoliosi strutturate. In caso di scoliosi toracica strutturata, l'emi-torace dal lato della convessità della curva appare più rilevato rispetto al controlaterale: gibbo costale; mentre in presenza di scoliosi dorso lombare o lombare strutturata, le masse muscolari paravertebrali sembrano essere ipertrofiche. In realtà sono solamente prominenti, per effetto della rotazione vertebrale: "gibbo" dorso lombare o lombare.

G.: Quando far eseguire un esame radiografico?

T.: Alla presenza di segni clinici di rotazione, il pediatra dovrà richiedere un esame radiografico. L'esame sarà eseguito in piedi, nella proiezione antero-posteriore e laterale e dovrà comprendere le ali iliache. Attraverso questo esame e solamente con questo, sarà possibile quantificare l'entità della strutturazione della deformità scoliotica, identificare la fase di accrescimento rapido vertebrale e monitorare l'evoluzione della deformità.

G.: Quale trattamento è utile proporre?

T.: La scoliosi può essere curata in maniera incruenta o cruenta. L'obiettivo primario del trattamento incruento è impedire o arrestare il peggioramento della scoliosi. Va iniziato dunque, durante l'accrescimento, quando la scoliosi, superato un certo grado di strutturazione (i 15°-20°), dimostri di evolvere in senso peggiorativo o quando è ragionevole supporre che andrà incontro a sicuro peggioramento. Il trattamento deve prolungarsi fino all'esaurimento della fase d'accrescimento rapido vertebrale. E' attuato per mezzo di corsetti ortopedici opportunamente confezionati o per mezzo di apparecchi gessati. Tra i busti ortopedici più usati vanno ricordati il Milwaukee Brace e il corsetto Lionese.

Gli apparecchi gessati, un tempo molto utilizzati, sono in grado di poter esercitare sul rachide delle spinte localizzate, grazie alle quali si ottiene la correzione della deformità. Tra i più utilizzati vanno ricordati quello ideato da Risser (localizer cast) e quello di Cotrel (EDF). Durante il periodo d'applicazione dei busti ortopedici e degli apparecchi gessati è necessario eseguire una specifica ginnastica, per potenziare l'effetto correttivo del busto ortope-

dico e per contrastare gli effetti negativi sull'apparato respiratorio.

Il Trattamento cruento deve essere intrapreso, quando la scoliosi supera i 40° - 50° Cobb. Dopo tale limite la scoliosi peggiora, non più per accrescimento asimmetrico, ma per motivi strettamente biomeccanici. Il trattamento chirurgico della scoliosi ha come obiettivo la correzione della deformità e la sua stabilizzazione. La correzione, un tempo, si otteneva per mezzo di apparecchi gessati pre-operatori, mentre la stabilizzazione veniva affidata all'artrodesi vertebrale semplice, che imponeva l'utilizzo di apparecchi gessati post operatori, per lunghi periodi di tempo. Oggi si utilizzano strumentazioni metalliche in grado, contemporaneamente, di correggere la deformità e stabilizzarla fino alla completa maturazione dell'artrodesi.

G.: Riusciamo a modificare la storia della malattia?

T.: La prognosi della scoliosi idiopatica oggi è buona, purché la diagnosi sia precoce e il trattamento adeguato.

Per la diagnosi precoce fondamentale è l'attento controllo clinico, da porre in essere, in genere, dal 10° anno di vita. Esistono tuttavia alcune forme particolari di scoliosi, rare ma di possibile osservazione, le congenite già evidenziabili alla nascita e le cosiddette infantili, che impongono, in ogni caso, un attento controllo indipendentemente dall'età. La presenza di rotazione clinica, vale a dire del gibbo o della prominente delle masse muscolari paravertebrali, deve senza alcun indugio, imporre l'esecuzione di un esame radiografico, l'unico ausilio strumentale in grado di monitorare la scoliosi e di fornire tutte le informazioni utili per la scelta del trattamento. Il trattamento sarà adeguato se intrapreso tempestivamente, vale a dire alla prima evidenza di peggioramento o quando si è certi che la scoliosi peggiorerà, avvalendosi degli unici strumenti validi ad arrestare l'evoluzione della scoliosi: gli apparecchi gessati o dei busti ortopedici. Il trattamento così impostato deve essere protratto nel tempo, per tutto il periodo dell'accrescimento vertebrale, fino alla completa maturazione della colonna.

Buono sarà quel risultato clinico che si concretizzerà nell'arresto dell'evoluzione della deformità, che non vuol dire correzione della scoliosi. Altri provvedimenti di pari efficacia non esistono. La ginnastica medica, cosiddetta correttiva, non solo non ha alcun potere correttivo verso una vera scoliosi, ma non è neanche in grado di prevenirne l'insorgenza, nè di arrestarne l'eventuale peggioramento.

L'attività sportiva a livello ludico non interferisce con la scoliosi, nel senso che non né facilita la prevenzione, tanto meno la correzione, sempre che gli sport asimmetrici non siano praticati con intensità tale da risultare, invece, potenzialmente nocivi.

Intervista a Giuseppe Tagliavero

La colonna deviata

di Antonino Gulino





di Antonino Gulino

Il mestiere di Pediatra è certamente difficile, impegnativo ma anche affascinante, imprevedibile come l'oggetto-soggetto del nostro operare, il bambino. Trovo spesso guardando negli occhi il paziente seduto sul lettino non solo segni clinici, ma la voglia di vivere, la gioia senza ragione di chi ha tutto da spendere, l'argentea pochezza, gli anni in tasca come direbbe il grande Francois Truffaut. In ognuno di loro mi sembra di scorgere un sogno, non ancora umiliato da una società arida e senza fantasia.

La stessa luce la si ritrova negli occhi della giovane protagonista dell'ultimo film di Clint Eastwood, *Million Dollar Baby*, una bravissima Hilary Swank, una ragazza sola, ferita dalla vita, ma capace di coltivare il suo sogno adolescenziale, diventare campionessa mondiale di boxe femminile.

La sua voglia riesce a scuotere il vecchio allenatore di boxe, interpretato dallo stesso regista, un "perdente",

tormentato dai sensi di colpa, da una figlia perduta e mai più ritrovata, dalle ombre di un passato difficile da dimenticare. Il desiderio della giovane boxer sembra realizzarsi, ma anche l'America non crede più nei sogni, l'ennesima scorrettezza di un'avversaria avvezza a tutti i trucchi del mestiere infrange non solo il sogno ma anche la vita della ragazza, riducendola ad un vegetale, desiderosa solo di morire.

Il vecchio allenatore che aveva ritrovato non solo una ragione per vivere ma anche l'amore filiale che gli era stato negato, non abbandona la giovane, le rimane accanto, facendosi carico anche dell'ultimo doloroso fardello, la aiuta a trovare una morte dignitosa.

Il sacrificio, il rimorso, il dolore ma anche il coraggio di affrontare la vita sembrano temi fuori dalla realtà, in un contesto sociale dominato dalla superficialità, da una umanità senza anima, dove anche i sentimenti vivono una dimensione virtuale. La forza di Clint Eastwood è legata al suo moralismo fuori moda, al suo essere tenacemente legato a valori desueti ma fondamentali per il nostro

L'angolo della poesia
La tavolozza

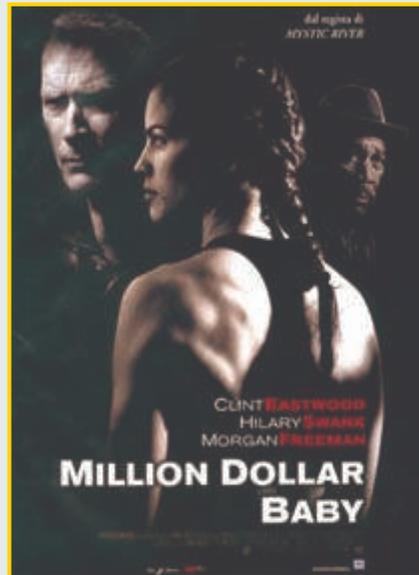
di Maria Rita Allegra

Con pochi colori
Vorrei nascondere
Il bianco della tela

Con pochi colori
Vorrei dire
l'immagine del mio
pensiero

Con pochi colori
Vorrei cambiare
il grigio della vita

stesso esistere. Il vecchio cowboy non vuole scendere a compromessi e ci ha regalato un film bello e struggente, da vedere e rivedere, un'opera senza tempo che rimanda ai grandi registi americani del passato, a Sam Peckinpah ma anche a Nicholas Ray, autori che hanno fatto la storia del cinema, capaci di leggere la realtà senza pregiudizi, lontani da ogni vincolo ideologico o politico, fedeli solo alla loro



La pecora Carlotta
di Anu Stohner e Heirike Wilson
Emme edizioni, 2005 - € 12,90

Spesso i bambini si adattano, anche con un po' di difficoltà, ad accettare le regole e i compromessi della vita in comune, alcuni rimangono meno malleabili, meno plasmabili, qualche volta più sé stessi. Una storia semplice, in questo senso, ce la propone Carlotta, una pecorella dai comportamenti arditi, dall'atteggiamento libero ed indipendente, dai gesti insoliti, "fuori dal gregge". Le sue apparenti "non qualità" guardate con non poco stupore dalle sue compagne troveranno l'occasione di essere utili e si riveleranno giuste quando anche piccole difficoltà potranno essere risolte senza problemi proprio grazie alla sua capacità di non essere come gli altri.

Un albo illustrato meno solito questo "La pecora Carlotta" (Emme edizioni, 2005 € 12,90) almeno per il maxi formato che consente però immagini di grande impatto, quasi una immersione totale nel paesaggio, una grande finestra per gli occhi dei bambini affamati di immagini. L'impostazione grafica

con le grandi illustrazioni a doppia facciata, corredate da un testo ridotto posto in fondo alla pagina, semplice, essenziale e di facile interpretazione, rendono questo un albo adattissimo ai bambini anche per una lettura da soli mentre gli atteggiamenti della protagonista e dei suoi compagni potranno dare all'adulto, eventualmente presente, lo spunto per una riflessione attenta sulla capacità di affrontare nel modo giusto le situazioni che il vivere in collettività ci fa affrontare.

Anu Stohner, scrittrice e Heirike Wilson, illustratrice, con l'esperienza precedente di un sodalizio professionale positivo, hanno saputo cogliere con i pochi tratti di parole l'una e di immagini l'altra, un messaggio profondo e intenso creando un personaggio che catturerà con facilità la simpatia dei lettori piccoli o grandi.

Devo confessare che, leggendo questo libro, riconoscermi in "Carlotta" mi ha fatto immensamente piacere.

giusi germenia

recensioni

Cinetosi

di Angelo Fazio

Le cinetosi sono sindromi neurovegetative dovute ad una sollecitazione del sistema oto-labirintico.

Tale sindrome si manifesta in individui predisposti durante spostamenti regolari od irregolari del corpo dovuti ad accelerazioni o decelerazioni provocate da mezzi diversi (auto, nave, treno, aereo).

Il quadro clinico è caratterizzato da pallore, sudorazione fredda, astenia, ipersalivazione, nausea, vomito e talvolta lipotimia.

In omeopatia si usano tre rimedi che possono essere d'aiuto per prevenire questi disturbi quando si è in procinto di viaggiare (da tenere in borsa):
1) Cocculus da usare alla dose 9 ch 5 granuli prima di partire e durante il viaggio ogni 30 minuti se il disturbo si ripresenta;

2) Petroleum da usare alla stessa dose specie se il paziente si sente meglio se mangia qualcosa;

3) Tabacum in cui si può notare che il bambino ha necessità di avere aria fresca.

Buon viaggio.

Appunti sparsi

L'uomo cresce, non fronteggiando il bisogno, ma frequentando l'effimero

Rosario Di Natale

Individuazione del bambino a rischio atopico utopia di una atopia?

di Filippo Di Forti

Se Tommaso il Moro avesse mai immaginato l'utilizzo spropositato del termine da lui coniato, probabilmente avrebbe rinunciato a passare alla storia, non passerà alla storia quest'articolo, menchemeno il suo autore, ma se trattasi di utopia la ricerca del rischio di un'atopia, il rischio di una falsa atopia raggiunge risvolti dai contorni lievemente inquietanti.

Alcuni dati suonano come una condanna: i fattori genetici ed ambientali influenzano lo sviluppo di allergia e asma nel 50 % dei casi, su una popolazione che, all'ignaro di tutto, corre già un rischio di base pari al 10-20%. Se la mamma è atopica la fregatura aumenta del 10%, se entrambi i genitori sono allergici beh! il futuro è nero come la cute di Tommaso Moro.

E' ampiamente documentato che gli allergeni materni passano nel liquido amniotico e che a loro volta deglutiti dal feto, ignaro, vanno a stimolare le placche del Peyer intestinali, meglio se sotto forma di immunocomplessi. In utero trovano un fenotipo, di tipo Th2, che è comune a soggetti con futuro allergico e non allergico, ma pare che la produzione di citochine di tipo Th2 (IL-4, IL-5) e Th1 (IFN

gamma) sia complessivamente più basso nei soggetti con futuro allergico. Il ruolo dell'IL-13 è dubbio.

E' chiaro che, il viraggio dell'immunità di madre e feto verso una condizione Th2, è atto ad evitare un effetto dannoso sull'attecchimento e sviluppo dell'embrione, ma il riscontro di basse espressioni di citochine Th1 e Th2, che alcuni autori hanno osservato, alla nascita, in bambini che diventeranno allergici, se di bassa importanza nella pratica ambulatoriale, è spunto erudito di chi vi scrive.

Elevati tassi di IgG materne, allergene specifiche, sono implicati nel ridurre la comparsa di sintomi atopici nell'infanzia, perché pare riducano la produzione di IgE nella prole.

Le IgE, gioia e delizia di bricolage diagnostici, laboratori, e controlli ASL, sono sempre contraddittorie. Quelle materne aumenterebbero il rischio di atopia, perché, nel feto, si legano al recettore a

bassa affinità per le IgE, generando una ipercircolazione dell'antigene, con ipotetica ipersensibilizzazione prenatale, la presenza di iperIgE cordonali non correbbe comunque a rischio atopico.

Al bambino finalmente nato, se si trova in una condizione genetica che coinvolge i cromosomi 5 (cluster q31-34), 6 (p24-21), 11 (q13), 16 (p11-12), 20

(p12), sarà l'ambiente a sancire il triste destino: fumo genitoriale, dermatite atopica, acari, "polliname" vario, allattamento al seno e svezzamento, latte materno e uovo, faranno la frittata, gatto permettendo. Le infezioni virali si bisticceranno con l'ipotesi igienica, in una diatriba senza fine, ove scuole di pensiero si combatteranno a suon di elucubrazioni suggestive.

L'assenza di infezioni stimolerebbe lo sviluppo di un pattern Th2, che è alla base delle allergie, per la forzata inattività



dei Th1, e daranno il via a suggestioni atopiche, dice l'ipotesi igienica.

Nel terzo mondo, dove l'incidenza di allergie è bassa, il tasso di infezioni è elevato, la conseguente stimolazione del pattern Th1, sollecitato dalle infezioni, dovrebbe stimolare le malattie autoimmuni, come diabete e malattie infiammatorie croniche dell'intestino, ma ciò non succede, dicono gli altri.

Forse le infezioni respiratorie hanno un ruolo protettivo sullo sviluppo di allergie, in soggetti già geneticamente predisposti a recepire questo stimolo favorevole, di contro, pare che, un terreno immunologico, geneticamente predisposto, risponda al VRS con meccanismi analoghi a quelli con cui il bambino risponderà successivamente agli allergeni respiratori.

L'azzardo di inserire regole algoritmi e procedure cadenzate da tappe ben precise è grande, quindi sono state a questo punto tentate le definizioni di criteri predittivi maggiori e minori: bronchioliti e weezing severi, almeno tre episodi di weezing nei sei mesi precedenti l'esordio di asma, storia familiare di asma, dermatite atopica, rappresentano quelli maggiori, rinite e weezing non da raffreddamento, eosinofilia (arieccoli) maggiore o uguale

5%, sesso maschile sono quelli minori. La presenza di un criterio maggiore e uno-due minori rappresenterebbe un rischio elevato.

La partita di questa problematica, così come delle altre, in cui è coinvolta la moderna immunologia, si giocherà forse sulla genetica, ove noi, hardware di un ignoto e inquietante software, vediamo scorrere la nostra vita, come un copione già scritto, ove la mente assiste, ignara spettatrice di se stessa, lo svolgersi degli eventi.

Orde di bambini incolpevoli, intanto, saranno "deacarizzati", "depollinizzati", alimentati a suon di formule "cibernetiche", sovrastati da madri che, succube di conflitti non risolti, non essendo riuscite a raggiungere una piena autonomia, riverteranno sul bambino bisogni di dipendenza affettiva, magari con la complicità di colleghi, opportunisticamente coinvolti.

Ciò favorirà l'impiego di colf, provenienti dal terzo mondo, che nel rendere l'ambiente ipoallergenico, si arricchiranno alle nostre spalle e ritorneranno in patria atopici e soddissfatti.

Se vi sarà una zona carente a Utopia solo allora chiederò trasferimento.

LO STUPIDIATRA

a cura di Fidifo

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

L'episodio dello Tsunami ha sconvolto il mondo occidentale, le "difese umanitarie" si sono mosse e questo si vede, perché il "bambino sta mettendo il morale", dopo avere avuto il "braccio addolorato".

Ora occorre che l'economia locale sia potenziata, "l'agricoltura

delle urine" porterà beneficio e le arti vedranno nelle "coprosculture" la loro sublimazione.

Negli studi medici il problema è molto sentito, in sala d'attesa da più parti si sente

"Broncovamos", ad una è "esplosa l'aorta" per l'emozione, prima di entrare "dentro il dottore",

per comunicargli che suo figlio aveva "l'asma nella tosse".

La stanchezza cresce e da un'iniziale "microcefalea" le "macchie diventano ampolle" fino ad arrivare alle "ghiaie dei piedi".

Niente paura uno scioppo "di erbe naturali" risolverà tutto.

di Antonio Russo

E' una bella domenica di primavera, già quasi caldo, e hai pensato di andare al mare con la tua famiglia per rilassarti e dimenticare gli affanni dell'ambulatorio. Stai passeggiando tranquillo al braccio di tua moglie, canticchiando "Una giornata al mare", quando senti delle invocazioni d'aiuto e ti accorgi che alcune persone stanno tirando fuori dall'acqua un bambino che ti sembra inanimato.

Accorri subito e noti che il piccolo, di circa 4 anni, è livido, privo di conoscenza e non respira. Il padre grida di averlo perso di vista per qualche minuto e di averlo trovato bocconi in acqua.

Dichiari di essere un pediatra e assumi il controllo della situazione: dopo aver ordinato a qualcuno di chiamare il 118, ti appresti ad agire.

- Qual è il tuo primo intervento ?
- Copri il bambino con la tua giacca per combattere l'ipotermia
 - Esegui la manovra di Heimlich per espellere l'acqua dalle vie aeree
 - Verifichi la pervietà delle vie aeree e l'attività respiratoria

Mentre esegui il tuo intervento cerchi di ricordare la fisiopatologia dell'annegamento.

Quale delle seguenti condizioni patologiche è comune nel bambino semiannegato ?

- Insufficienza respiratoria
- Aritmia ventricolare
- Ipovolemia
- Tutte le precedenti

Arriva il team del 118 che prende in carico il bambino e ti ringrazia per il tuo

efficace intervento. Ti stendi sulla sabbia stremato e ti riprometti, ma stavolta davvero, di iscriverti al prossimo corso PBLs.

Come in tutte le situazioni critiche, il primo intervento è quello di verificare che le vie aeree siano libere e sia presente un'attività respiratoria efficace. Se così non è, bisogna liberare le vie aeree da eventuali detriti e allineare opportunamente il collo, procedendo poi alla respirazione bocca a bocca. Successivamente si valuterà la situazione cardiocircolatoria.

L'ipotermia è certamente un problema di rilievo nell'annegamento, soprattutto in età pediatrica, ma la sua correzione non è prioritaria. La manovra di Heimlich non si è rivelata efficace per l'espulsione dell'acqua dalle vie aeree. L'inalazione di acqua dolce (ipotonica) causa alterazione del surfattante alveolare, mentre l'acqua salata richiama liquido negli alveoli con diluizione del surfattante. In entrambi i casi il risultato è l'instabilità alveolo-capillare, riduzione della capacità funzionale residua, atelettasia, edema polmonare. L'ipossia determina aumento della permeabilità capillare con spostamento di liquidi dal compartimento intravascolare.

Di fatto, l'ipovolemia e ipotensione alla presa in carico del paziente o nelle ore successive sono comuni. Extrasistoli ventricolari e fibrillazione ventricolare sono il risultato dell'ipossia a livello miocardio. Anche l'acidosi e l'ipertensione polmonare secondaria al rilascio di sostanze proinfiammatorie a livello polmonare sono ulteriori fattori che alterano la funzionalità miocardica. (Risposte corrette: C e G)

E' possibile "impazzire di dolore", così come viene descritto nei classici della letteratura?

Disturbo da stress post-traumatico

di Angelo Milazzo

E' un interrogativo che molti di noi ci siamo posti di fronte ad avvenimenti catastrofici, quali la strage di Beslan o il cataclisma dello "tsunami". Che cosa ne sarà dei sopravvissuti che hanno visto morire le persone a loro più care, senza poterle salvare, e che hanno perso tutti i loro punti di riferimento?

La moderna psichiatria ha chiarito che le patologie dissociative, quali la schizofrenia, hanno basi genetiche e che i fattori ambientali possono avere una influenza notevole, ma solo come fattori scatenanti.

Però negli ultimi decenni si è evidenziato sempre più chiaramente che i bambini che siano stati vittime di un trauma rovinoso inaspettato manifestano sintomi emozionali persistenti. L'evento traumatico è necessariamente diverso da un normale stress e può essere un singolo evento catastrofico, come un rapimento, un incidente grave, un episodio di violenza, oppure può essere un fatto che persiste nel tempo, come si verifica in caso di abuso sessuale o fisico ripetuto.

Le reazioni che comprendono una estrema varietà di sintomi emozionali e comportamentali vengono classificate come disturbo da stress post-traumatico. I disagi comportamentali sono rappresentati da reazione emozionale eccessiva, incubi ed altri disturbi del sonno, ipervigilanza, esagerata sensibilità all'ambiente esterno, diffidenza o comportamento sospettoso, e ricordi intrusivi, improvvisi ed angoscianti dell'evento traumatico. Il bambino tenta di evitare situazioni che possano fargli ricordare l'evento traumatico, compiendo grandi sforzi per evitare di pensare e di discutere dell'evento stesso. Può diventare notevolmente irascibile con frequenti ed improvvise esplosioni di collera. Può manifestare difficoltà di concentrazione con possibile compromissione del suo rendimento scolastico, delle reazioni sociali e della sua partecipazione alle normali attività. Inoltre può sviluppare depressione, ridotta autostima e tendenza all'isolamento.

La famiglia in genere è consapevole se le circostanze traumatiche hanno colpito anche i genitori o altri membri della famiglia. Ciò compromette la capacità di discutere dell'evento e di incoraggiare il bambino. I genitori spesso, più o meno motivatamente, si sentono in colpa e vengono continuamente messi in tensione dai disturbi del bambino. Il bambino non presenta le difficoltà dello psicotico di rapportarsi alla realtà, o di interpretarla ed è capace, quando non si senta minacciato, di partecipare ai discorsi,

alle attività ed alle relazioni sociali.

Nelle situazioni nelle quali si riscontrano i sintomi più suggestivi, ma non vi sia la storia di un trauma rovinoso, si deve sospettare che vi sia stato un abuso.

Il ruolo del pediatra implica: la capacità di fare diagnosi del disturbo e di indicare agli specialisti la opportunità di una psicoterapia individuale e familiare. Il pediatra di famiglia può avere un ruolo insostituibile per rapportare: insegnanti, assistenti sociali, neuropsichiatri e famiglie. Soprattutto può far capire alle famiglie stesse che le loro ansie ed i sensi di colpa non debbono ricadere sul bambino, evitando reazioni di rabbia e di eccitazione all'angoscia del bambino.

E' fondamentale che il bambino possa sentirsi accettato e sicuro. Infatti appena il bambino inizia a capire che i suoi disagi emozionali sono il risultato del trauma che li ha preceduti ed è consapevole della capacità della famiglia e degli operatori di garantirgli sicurezza, può sviluppare dei propri metodi per calmarsi e per meglio recepire le risposte tranquillizzanti che provengono dagli altri. Sono di competenza degli specialisti gli interventi psicoterapeutici finalizzati a decondizionare dalle risposte d'ansia soprattutto quando insorgono i ricordi intrusivi, i flashback e gli incubi, riducendo quindi le condotte "da evitamento". L'orientamento prevalente da decenni è quello cognitivo-comportamentale, finalizzato a non fare "strutturare" il disturbo, e quindi a non farlo cronicizzare per intere epoche della vita.

E' necessario anche che venga superato il tabù sull'uso degli psicofarmaci nell'età evolutiva, ovviamente riservandolo ai disturbi psichiatrici severi. Tali farmaci, in molti casi, possono migliorare l'umore, ridurre lo stato di ipervigilanza e le reazioni di ansia. Può essere pertanto utile l'uso molto precoce dopo il trauma di ansiolitici, quali le benzodiazepine, però per periodi molto limitati per non indurre dipendenza.

Si stanno dimostrando sempre più importanti gli antidepressivi. Sia i triciclici, come l'imipramina, sia soprattutto gli inibitori selettivi del reuptake della serotonina, quali la sertralina, la fluoxetina o la paroxetina, possono essere utili nel ridurre la reattività emozionale del bambino, facilitando la sua partecipazione al necessario trattamento più complessivo per salvaguardare la sua salute mentale. Consensus e studi recenti hanno confermato che il loro uso corretto può ridurre e non aumentare il rischio di suicidi.

Mellin per il futuro



Pillole di... endocrinologia

DIABETE E SPORT

(parte seconda)

di Francesco Privitera



Ricollegandoci alle cose dette nel numero precedente, oggi parleremo di come evitare i rischi di ipo e iperglicemia durante o dopo l'esercizio fisico.

Occorre innanzitutto conoscere la malattia, e quindi l'insulina, la sua funzione, la composizione del cibo etc. (vedi Tab.1). Ciò permette al soggetto diabetico, istruito dal medico, di tenere sotto controllo la glicemia. **L'ipoglicemia** può avvenire **durante o dopo** l'esercizio fisico: **la prima** è dovuta alla ridotta produzione epatica di glucosio che non supplisce all'aumentato uptake muscolare di glucosio; l'entità dell'ipoglicemia dipende da

vari fattori quali la glicemia prima dell'esercizio, la velocità di assorbimento dell'insulina dalla sede di iniezione, l'intervallo di tempo dall'ultimo pasto e la composizione del pasto stesso. Utile ricordare anche che l'ipoglicemia si determina più facilmente quando il picco insulinico coincide con l'esecuzione dell'attività fisica.

E' importante prima dell'esercizio fisico eseguire una glicemia, anche per stabilire la quantità di cibo da assumere, preferendo i carboidrati complessi (amidi). Se durante lo sforzo il soggetto ha segni clinici di

ipoglicemia, dovrà sospendere l'esercizio ed assumere carboidrati semplici. Quando l'esercizio fisico è programmato o programmabile (cosa sempre consigliata), il ragazzo o i genitori dovranno imparare a ridurre la dose di insulina che copre il periodo di tempo durante il quale si intende svolgere l'attività fisica: orientativamente per sforzi fisici moderati riduzioni insuliniche del 10-20%, mentre per sforzi fisici intensi la riduzione si aggira sul 30-50%. Ovviamente la risposta individuale è estremamente variabile e quindi ogni soggetto si deve fare una propria esperienza.

Per quanto riguarda invece **l'ipoglicemia** che può insorgere anche **a distanza di molte ore** dopo l'esercizio fisico, sebbene il meccanismo patogenetico non sia completamente chiarito,

Tabella 1

Ciò che deve sapere il diabetico che fa attività sportiva

- Potere nutritivo degli alimenti
- Contenuto nei vari alimenti dei nutrienti plastici (proteine) ed energetici (glucidici e grassi)
- Ruolo dell'insulina nell'utilizzazione del glucosio da parte dei muscoli
- Effetti dell'attività muscolare protratta sulla glicemia
- Possibilità di ipoglicemie (anche tardive) per attività muscolari in situazione di glicemia bassa o anche normale
- Peggioramento della glicemia e comparsa di corpi chetonici in caso di attività muscolare in condizioni di glicemia elevata
- Fare correttamente le autodeterminazioni della glicemia, della glicosuria e della chetonuria
- Conoscere i segni di iper e ipoglicemia
- Cosa fare in caso di ipoglicemia

dovuta ad un aumento dell'uptake di glucosio e della sintesi del glicogeno nei gruppi muscolari sottoposti a sforzo, dovuti all'aumentata sensibilità all'insulina e ad all'attivazione enzimatica della glicogenosintesi. E' stato anche visto che la glicogenosintesi epatica è aumentata dopo l'esercizio fisico, ma con una velocità minore rispetto a quella muscolare, determinando così una tendenza all'ipoglicemia che può durare anche 24 ore o oltre. Pertanto è utile informare le famiglie ed i ragazzi di

questo rischio e quindi di prevenire, soprattutto la notte successiva allo sforzo,



l'ipoglicemia per es. riducendo la dose di insulina la sera e/o fornendo supplementi di carboidrati complessi prima di andare a letto.

Come accennato nel numero precedente, se il bambino o ragazzo diabetico non hanno un'adeguata

insulinizzazione e la glicemia prima dell'esercizio fisico è particolarmente elevata, esso può indurre un'ulteriore aumento della glicemia e dei corpi chetonici. **L'aumento della glicemia** è dovuto alla mancata utilizzazione del glucosio da parte del muscolo, mentre

il fegato continua ad attivare la glicogenolisi.

Il deficit insulinico, inoltre determina aumento della lipolisi ed una chetogenesi epatica. Pertanto per evitare l'iperglicemia e la chetosi, quando la glicemia è > 250 mg/dl ed è presente chetonuria, l'esercizio fisico deve essere rimandato e si deve praticare un supplemento di insulina. Tutte queste strategie atte ad evitare al soggetto diabetico di tipo I i rischi di ipo ed iperglicemia durante o dopo l'esercizio fisico sono riassunte nella tab.2.

Nel prossimo numero concluderemo la chiacchierata su diabete e sport, parlando di quali tra gli sport sono quelli consigliati e sconsigliati ai diabetici, e le relative certificazioni.

Tabella 2

Strategie per evitare iper e ipoglicemie durante e dopo l'attività fisica

AGGIUSTAMENTI DEL REGIME INSULINICO:

- iniettare l'insulina almeno 1 ora prima dell'esercizio; l'insulina dovrebbe essere iniettata in zone non coinvolte nell'attività fisica
- diminuire la dose di insulina ad azione rapida o intermedia prima dello esercizio
- modificare il numero delle somministrazioni di insulina (preferibile il regime ad iniezioni multiple)

PIANIFICAZIONE DEI PASTI E DEI SUPPLEMENTI ALIMENTARI:

- assumere un pasto 1-3 ore prima dell'esercizio e controllare che la glicemia sia in un range sicuro (100- 250 mg/dl) prima di iniziare l'attività fisica
- assumere supplementi di carboidrati, tempestivamente in caso di ipoglicemia (controllare spesso la glicemia se l'esercizio è intenso)
- se necessario aumentare l'assunzione di cibo fino a 24 ore dopo l'esercizio fisico, in relazione all'intensità ed alla durata dell'esercizio (o comunque monitorare la glicemia nelle 24 ore successive)

MONITORAGGIO DI GLICEMIA E CHETONURIA:

- monitorare la glicemia prima, durante e dopo l'esercizio fisico
- rimandare l'attività fisica se la glicemia è < 100 mg/dl o > 250 mg/dl o se c'è chetonuria. Se necessario assumere cibo o iniettare insulina per correggere la glicemia prima dell'esercizio

ESPERIENZA:

- fare tesoro delle esperienze e delle risposte individuali a differenti tipi, intensità e condizioni dell'esercizio fisico
- determinare gli effetti dell'esercizio fisico in differenti momenti della giornata
- definire gli effetti dell'allenamento e della competizione sul controllo glicemico

Qualche confronto...fa bene

A confrontarsi comunque ci si guadagna!
Ancora meglio quando dai confronti la "povera" sanità italiana esce a testa alta. Questi due piccoli esempi vogliono rendere giustizia alla qualità del nostro lavoro e alle nostre capacità di adattamento ai tempi.

Dal sito: <http://www.cdc.gov/>
Vera miniera di dati statistici sanitari degli USA.



Computer e medico: matrimonio difficile

Secondo il CDS (sistema di sorveglianza americano delle prestazioni sanitarie) solo



il 31% dei dipartimenti di emergenza degli ospedali, il 29% degli ambulatori esterni e il 17% degli ambulatori privati negli USA sono provvisti di documentazione elettronica delle cartelle cliniche.

In altre parole l'uso del computer nella sanità americana risulta essere ben lontana

Aumenta la mortalità infantile in.....USA????!!!

Tra il 2002 e il 2003 gli Stati Uniti hanno visto salire il tasso di mortalità infantile dal 6.8 al 7.0 morti per mille nati vivi, rappresentando il più grave incremento dal 1958. Sembra che l'aumento dipenda dal numero di bambini nati vivi con peso alla nascita tra i 500 e i 750 gr., dal maggiore ricorso a gravidanze indotte con sistemi di procreazione assistita (in USA circa l'1%) e dalle conseguenti gravidanze multiple.

Le gravidanze multiple, che negli USA rappresentano da sole circa il 3% di tutte

dal poter essere paragonata ad altri settori dell'economia!

Mentre per quanto attiene all'uso dell'informatica per pratiche di "conto" e sistemi di pagamento tre ambulatori privati su quattro sono informatizzati, si è ben lontani da queste percentuali per quanto attiene all'uso delle cartelle cliniche informatizzate (1 su 5 !!) Ancora più bassa risulta essere la percentuale di prescrizione informatizzata (meno dell'8%!!)

Persino il presidente Bush è sceso in campo per richiedere, entro 10 anni, la cartella clinica informatizzata per la maggioranza degli Americani...promettendo incentivi !

Commento: ...c'è chi sta peggio di noi!

Use of Computerized Clinical Support Systems in Medical Settings: United States, 2001-03. Advance Data Number 353. 9 pp. (PHS) 2005-1250.

<http://www.cdc.gov/nchs/pressroom/05news/medicalrecords.htm>

le gravidanze, hanno contribuito nella misura del 25% all'aumento della mortalità infantile.

Commento: Signori, sempre più difficile!!!



Explaining the 2001-2002 Infant Mortality Increase: Data from the Linked Birth/Infant Death Data Set

<http://www.cdc.gov/nchs/pressroom/05news/lowbirthwt.htm>



INCONTRI PAIDOS 2005

14 Maggio 2005:

Occhio che non vede

A. Fischer, M. Di Pietro, G. Bartolozzi, G. Scalia, R. Sciacca

In fase di accreditamento ECM

4 Giugno 2005:

Note di NPI

A. Gulino, S. Russo, R. Scifo, G. Anastasi, V. Marletta

4 crediti ECM

24 Settembre 2005:

Ortopedia in pediatria

G. Tagliavoro, G. Bartolozzi, S. Bonforte, M. Massimetti

In fase di accreditamento ECM

8 Ottobre 2005:

La gestione del bambino con patologia cronica

G. Chiumello, A. Russo, L. Pavone, A. Di Cataldo,

A. Fischer, F. Privitera

In fase di accreditamento ECM

5 Novembre 2005:

Incontro con il maestro

G.R. Burgio, G. Schilirò, A. Fischer, M. Libranti

In fase di accreditamento ECM

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

21 Maggio 2005:

Progetto Nati per Leggere

Biblioteca Comunale "V.Bellini",
via Spagnolo,17 - Catania

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

