



note di cultura per il pediatra

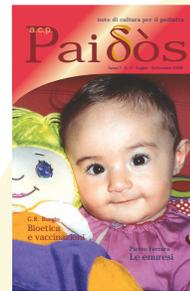
a.c.p.
Paiδòs

Anno 7 N. 3 - Luglio - Settembre 2006



G.R. Burgio
Bioetica
e vaccinazioni

Pietro Ferrara
Le enuresi



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

Pietro Ferrara
G.R. Burgio
Giusy Germentia
Adriano Fischer
Angelo Milazzo
Giuseppe Mazzola
M. Rita Rinaldi
Sergio Sambataro

C.D. Ass. Culturale Paidòs *

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

Inutili crediti

di Antonino Gulino

Nel 2002 il nostro Ministero della Salute dava l'avvio al primo programma di Educazione Continua in Medicina. Un programma quinquennale che prevedeva per ciascuno di noi il raggiungimento di un certo numero di Crediti Formativi (150 poi ridotti a 120). La ragione di questo provvedimento nasceva dalla constatazione che *il rapido e continuo sviluppo della medicina ed, in generale, delle conoscenze biomediche, nonché l'accrescersi continuo delle innovazioni sia tecnologiche che organizzative, rendono sempre più difficile per il singolo operatore della sanità mantenersi "aggiornato e competente"*. Una premessa ragionevole e condivisibile che cercava di istituzionalizzare l'aggiornamento medico post-laurea, rendendolo più visibile e cercando di vincolarlo ad obiettivi nazionali e regionali. Oggi alla fine di questo percorso molte Regioni e Aziende Sanitarie, con la collaborazione di vari esperti, stanno cercando di valutare quali sono state le reali ricadute sulla qualità dell'assistenza a tutti i livelli. Un compito arduo, spesso legato a indicatori economici (risparmio sanitario) e sociali (soddisfazione dell'utente) tra loro contrapposti, ma necessario per poter comprendere se gli obiettivi che si proponeva questo progetto sono stati raggiunti.

La nostra associazione, l'ACP-Paidos, ha vissuto da protagonista questa stagione cercando di offrire eventi formativi rispondenti alle nostre esigenze di pediatri, evitando di trasformarsi in una fabbrica di crediti senza alcun reale aggiornamento. La partecipazione dei colleghi, il loro interesse, l'impegno e la voglia di discutere fino in fondo le risposte ai criticati e criticabili test valutativi, hanno evidenziato la vitalità della nostra categoria, la voglia di confrontarsi, di uscire dallo spazio angusto dei propri ambulatori.

Attualmente non sappiamo se il programma di E.C.M. avrà un futuro, noi speriamo di non essere costretti ad uno sterile aggiornamento burocratizzato, ma continuiamo a rivendicare un ruolo da protagonisti in questo difficile processo formativo che ci coinvolge sia professionalmente che umanamente.

Fare medicina, ma ancora di più fare pediatria è sempre più difficile ma ciascuno di noi ha il desiderio di svolgere il proprio compito al meglio senza improbabili pagelle né raccolte di inutili punti-credito.

SOMMARIO

- 3 Editoriale
- 4 L'angolo di Giorgio Bartolozzi
- 6 Pelle chiama... probiotico risponde
- 8 Bioetica e vaccinazioni
- 9 Il dolore nel neonato
- 10 Il pediatra e l'ortodonzia
- 12 Le enuresi
- 16 L'allergonauta
- 17 Lo stupidiatra
- 18 Vaccinazioni
- 19 Pediatra tra le stelle
- 20 Pillole di endocrinologia
- 22 News dalla rete

RUBRICHE

- 7 Il sito consigliato da G. Mazzola
- 11 Digiamocelo
- 14 Cinema e pediatria
- 14 I modena city Rambles, il rock che non ti aspetti
- 15 Recensioni

Copertina
(foto di M. Libranti)

Mentre innumerevoli sono gli studi e le ricerche nel campo delle vaccinazioni che supportano la necessità di coperture vaccinali e l'importanza di estendere la vaccinazione a quelle malattie che a tutt'oggi sono gravate da un alto indice di mortalità, vengono anche rintuzzati quei lavori che senza un rigore scientifico alimentano paure e remore, opponendosi a qualsiasi processo evolutivo che la medicina preventiva si è posta sin dal secolo jenneriano.

Antitetanica: un vaccino sotto accusa

di Giorgio Bartolozzi

Una delle accuse più frequenti fatte alle vaccinazioni è quella di un loro rapporto causale con alcune delle più temibili malattie autoimmuni. Così il vaccino antinfluenzale è stato correlato con un maggior rischio di S. di Guillain-Barré, il vaccino contro l'epatite B correlato alla sclerosi multipla o l'artrite reumatoide, i vaccini an-

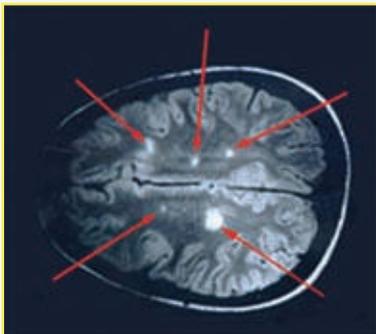
tinfluenzali con il diabete 1. Sulla scia, però, di queste osservazioni un numero non meno considerevole di rigorosi studi scientifici hanno più volte evidenziato come queste supposte correlazioni siano cadute di fronte a ferree analisi statistiche, con l'utilizzo di indicatori non inficiabili da bias soggettivi. L'analisi corretta di qualche studio ha anzi favorito ipotesi opposte.

E' il caso del lavoro di un ricercatore della Harvard School di Boston, il dott. Hernàn (Neurology, 2006, 67:212), il quale ha analiz-



zato in una review sistematica le possibili correlazioni di rischio tra la vaccinazione antitetanica e la sclerosi multipla.

Gli autori hanno ricercato in Medline, LILACS ed EMBASE tutti gli studi relativi al periodo dal 1996 al settembre 2005. Stabiliti i "paletti" della ricerca sono stati presi in considera-



zione 9 studi caso-controllo, che includono 963 casi e 3.126 controlli eseguiti in 6 Paesi differenti.

Uno degli studi è italiano, eseguito dai dottori Casetta, Granirei e Malaga di Ferrara e pubblicato in Neuroepidemiology 1994: l'unico dei 9 in cui l'Odds Ratio è risultata corrispondente a un livello inferiore all'unità.

L'Odds Ratio (OR) è risultata infatti complessivamente di 0,67 (IC 95% fra 0,55 e 0,81).

L'OR è una modalità statistica per esprimere la possibilità che un evento particolare possa avvenire.

Quando l'OR è inferiore all'unità significa che quell'evento (sclerosi multipla nel caso nostro) avviene più di rado di quanto non avvenga al di fuori della vaccinazione contro il tetano; quanto più ci si allontana, in senso inferiore, all'unità tanto maggiore è l'influenza negativa dell'evento sulla presenza della situazione (sclerosi multipla) che stiamo studiando.

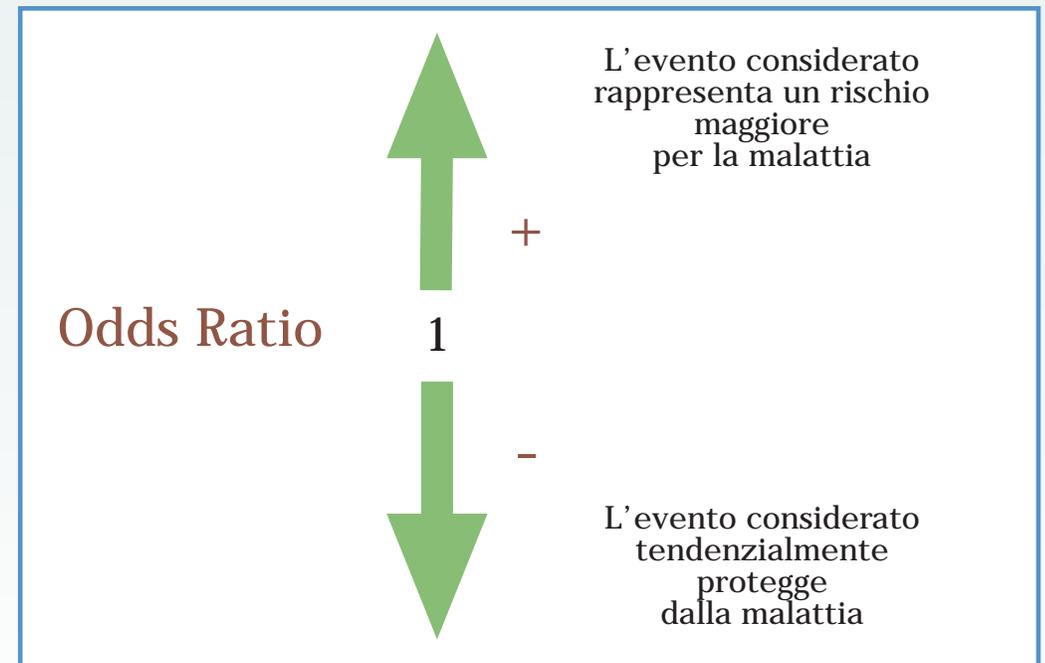
Un OR di 1 significa che l'evento che andiamo considerando non ha alcuna influenza sulla malattia (tabella) nella popolazione non sottoposta all'evento, mentre quando superiore all'unità l'evento (vaccinazione)

rappresenta un fattore di rischio per la malattia che andiamo a considerare.

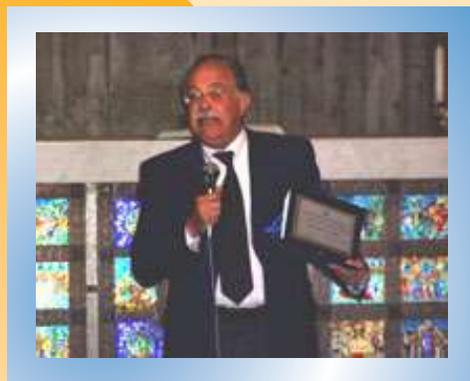
Trovare quindi un OR di 0,67 per la sclerosi multipla in soggetti sottoposti a vaccinazione antitetanica, significa che tra i vaccinati la sclerosi multipla avviene con frequenza che è di un terzo inferiore alla popolazione non sottoposta a vaccinazione.

Come se, concludono gli autori, il vaccino antitetanico più che un rischio previene o ritarda la comparsa della sclerosi multipla. Opinione degli autori è che ciò sia dovuto al passaggio delle cellule Th da Th1 (a prevalente produzione di citochine pro-infiammatorie) a Th2 (a prevalente produzione di citochine anti-infiammatorie). La conseguenza sarebbe quella di attivare cellule T regolatorie, capaci di inibire le cellule T reagenti contro la mielina.

Le conclusioni vanno al di là dell'effetto benefico delle vaccinazioni facendo intravedere la possibilità di un'azione favorevole di prevenzione che non riguarda solo la sclerosi multipla ma anche altre malattie autoimmuni e contrastando quanti continuano a sostenere la condizione opposta e cioè il rischio maggiore nei vaccinati di contrarre malattie autoimmuni.



Le strade dell'EBM sono spesso impervie, soprattutto se debbono fare da supporto al business. E' da qualche anno che l'industria farmaceutica ha scoperto il filone dei pro e dei prebiotici, che risultano oggi essere una panacea per un gran numero di malattie. Il probiotico diventa così una possibilità terapeutica anche per la dermatite atopica.



Pelle chiama... probiotico risponde

di Alberto Fischer

Ascoltavo con fare annoiato l'informatore farmaceutico che con passione mi vantava i miracolosi effetti del probiotico di turno sulla dermatite atopica del bambino, e mi chiedevo quanta verità scientifica potesse esser da testimone a quell'infervorata

promozione.

Potevo provare su Pasquale, di mesi tre, la cui dermatite atopica (DA) era devastante per il viso e dove nulla avevano fatto una dieta drasticamente priva di proteine del latte vaccino (PVL): solo lo steroide aveva condotto a transitori benefici. O su Angelo, di 13 mesi la cui modesta DA regrediva anche con un emolliente cutaneo. Ma che messaggi mi lanciava PubMed? Pochi gli RCTs ben condotti. Sono riuscito a individuarne quattro, tre scandinavi e uno australiano. I probiotici studiati sono stati il *lactobacillus ramosus GG*, il *lactobacillus reuteri* ed il *lactobacillus fermentum*.

Nella gran parte di essi venivano reclutati bambini con DA lieve e in dieta con un idrolisato ultraspinto, in numero oscillante dai 25 ai 56. Il metodo di valutazione utilizzato i tutti i lavori era lo SCORAD, che come gli addetti ai lavori sanno, è un metodo misto,

osservazionale e da questionario.

Tutti gli studi hanno evidenziato un significativo miglioramento dello SCORAD, ma l'analisi di ciascun studio evidenziava anche dei bias che ne riducevano un po' il valore.

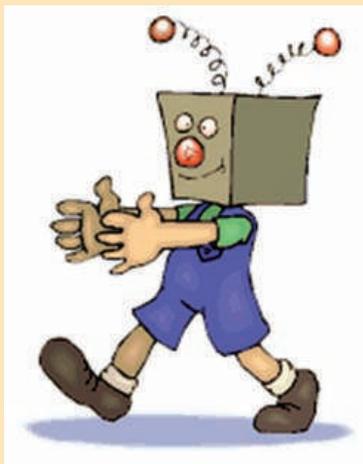
Anche il lavoro australiano (Weston, 2005), più recente e meglio condotto, aveva dei limiti e, peraltro, non vi era segnalazione di una effettiva riduzione nell'uso dello steroide.

Bè, allora che fare con Pasquale ed Angelo? Certo per le forme di DA più impegnative e diffuse penserei ad altre soluzioni terapeutiche (che evidenze del *tacrolimus* o del *picrolimus*?) ma per le forme lievi un tentativo in monoterapia con qualche probiotico lo farei, ma per quanto tempo? E rinuncierei allo steroide? Del resto i casi meglio studiati e che avevano dato i maggiori risultati erano casi di DA moderata..

Ma perché i probiotici possono esercitare effetti benefici sull'uomo? Sappiamo che l'intestino umano contiene più tessuto linfoide

che ogni altra parte dell'organismo, ed ospita circa 400 specie differenti di microrganismi in grado di offrire un importante imprinting immuno-microbiologico.

Questo imprinting, condizionato dal tipo di parto e allattamento, costituisce nelle prime fasi della vita un importante fattore nell'ontogenesi postatale del sistema immunitario, condizionando anche lo switch Th1-Th2.



Tab.2 - Prove di efficacia in studi di metanalisi per probiotici in relazioni a patologie per le quali sono stati utilizzati

Patologie	Prove di evidenza
Gastroenterite Acuta (GA)	Buone
Prevenzione GA	Discrete solo con GG
Infezioni respiratorie	Assenti
Infezioni Vie Urinarie	Poche
Infezione H. pylori	Poche
Dermatite Atopica	Buone per le forme lievi

tab.1 - Requisiti fondamentali dei probiotici

- Origine umana
- Effetti benefici sull'ospite
- Assenza di patogenicità diretta e indiretta
- Esclusione di resistenze agli antibiotici trasferibili
- Resistenza al transito gastrico
- Capacità di colonizzare l'intestino
- Vitalità verificabile e stabilità alla conservazione
- Rapporto costo/efficacia favorevole



<http://digilander.libero.it/birabirabira/>

Questo sito è dedicato alla storia della birra, alle tipologie, ai modi per gustarla, al procedimento per farsi una buona birra in casa. Non mi ritengo un esperto dell'argomento, ma quale appassionato vorrei condividere con voi queste pagine, nelle quali troverete informazioni, links sia italiani che stranieri ed altri siti per approfondire l'argomento. Buona navigazione anzi buona bevuta.
mazzolagiu@tiscali.it

Bioetica e vaccinazioni

Appunti da una lettura magistrale
del prof.re Burgio

di G. R. Burgio



L'aggiornamento è un dovere per ogni medico, ma quando esso è affidato ad un maestro della nostra professione diventa qualcosa di più di un arido seppur interessante intervento scientifico, si trasforma in una lezione di vita. La presenza ai nostri incontri del Prof.re Burgio ci ha permesso di comprendere come far pediatria vuol dire non soltanto seguire le indicazioni dell'evidence based medicine ma agire secondo principi etici (n.d.r.).

Il medico deve fondare il suo operare su due criteri: il primo è agire nel miglior interesse del paziente o del malato; il secondo è valutare il cosiddetto bilancio costi – benefici, dove la parola costi comprende anche il significato dei cosiddetti rischi, quindi non tanto costi economici quanto costi biologici.

Il primo criterio (agire sempre nel migliore interesse del paziente, del bambino) è il criterio eletto per tutta la medicina e risale ai tempi di Ippocrate, ad esso si è aggiunto un secondo criterio che deve valutare quelli che sono i rischi legati a interventi inadeguati, a terapie potenzialmente iatrogene.

Le vaccinazioni ottemperano ad una autentica protezione della salute ed ad una autentica prevenzione, e io credo che come pediatri abbiamo il diritto e il dovere di salvaguardare il benessere fisico del bambino, che non va disgiunto dal suo benessere psichico e relazionale o come si dice sociale.

Ma per meglio comprendere l'argomento è opportuno definire che cosa è la bioetica?

In letteratura sono riportate diverse definizioni ma io vorrei ricordarne soltanto due: la prima considera la bioetica *un approccio cibernetico alla ricerca della saggezza*, come

vedete qui non si parla né di medicine né di persone.

La seconda che mi sembra la più bella recita: *lo studio sistematico della condotta umana nell'area delle scienze e della vita e della cura della salute, in quanto tale condotta viene esaltata alla luce di valori e principi morali.*

Quindi scienza morale di prevenzione, morale per dire di accudimento alla salute fisica, psichica e relazionale del bambino; ma io ritengo che l'accudimento fisico si possa a sua volta scindere in due piccole aree che sono assolutamente congiunte. In primo luogo vuol dire ottemperare ai diritti nutrizionali ed igienici in senso lato, penso che questo sia l'accudimento fisico sul corpo, ma il corpo di che cosa ha bisogno? Ha bisogno di nutrirsi per crescere sano e ha bisogno di quegli accudimenti igienici, di cui le vaccinazioni possono far parte, in quanto sono protettive della salute.

L'altra area è quella affettiva, il bambino ha bisogno accanto all'accudimento fisico, che vediamo sdoppiato nella nutrizione e nell'igiene, di un nutrimento affettivo, inteso come attenzioni pedagogiche, come diritto all'educazione.

Quindi non difendere il bambino dalle malattie nel lungo cammino che lo porta a diventare adulto, è una grave inottemperanza ad uno dei suoi diritti, e pertanto una violazione ai principi fondamentale dell'etica biomedica.

Ma quali sono questi principi? E' bene ricordarli: innanzitutto la libertà di scelta, o meglio l'autonomia delle scelte, la non maleficità, la beneficenza, l'equità distributiva, o giustizia distributiva; la solidarietà, o spirito comunitario.

Ma noi sappiamo che tutto può nuocere, qualunque farmaco può nuocere, quindi una

reazione vaccinale indubbiamente è da mettere in conto.

Qual è dunque il comportamento eticamente più corretto da osservare, mi piace ricordare quanto scritto dieci anni fa da Evans: *praticiamo le vaccinazioni ai bambini in quanto pensiamo che i benefici di esse prevalgano di gran lunga sui rischi*; questa è un'affermazione che non solo si inserisce per definizione nel bilancio rischi – benefici, ma è largamente favorevole alla vaccinazione.

A proposito di libertà di scelta, sappiamo tutti che in Italia c'è l'obbligo vaccinale per alcune malattie mentre per altre no, questo è un po' ambiguo come messaggio, se gli utenti fossero tutti convinti che vaccinare è non solo un diritto ma un dovere non sarebbe necessario alcun obbligo, esso nasce per motivi di *dis-acculturamento*, perché ci sono gruppi di *ultra naturalisti*, che dicono che la malattia la manda Dio mentre la vaccinazione la facciamo noi uomini quindi siamo responsabili degli eventuali inconvenienti, ma ragionare così mi sembra un po' medievale.

Laddove le vaccinazioni sono facoltative per legge (vedi Austria, Francia, Usa, ecc.) quando il bambino comincia ad andare all'asilo si richiede il certificato di vaccinazione, quindi è un cosiddetto pseudo-obbligo, cioè non vaccinare non è un reato ma se alla fine vuoi inserire il bambino deve essere vaccinato.

Meraviglioso sarebbe che ognuno di noi fosse in grado di difendere il messaggio sull'opportunità, sui vantaggi, sui benefici delle vaccinazioni e non fermarsi di fronte a circostanze del tutto fatue come gli inconvenienti, per non parlare degli allarmi che sono stati tutti sfatati.

Il dolore nel neonato

di M. Rita Rinaldi

Il controllo del dolore nel neonato è una priorità in ambito assistenziale, infatti l'esposizione precoce e ripetitiva a procedure invasive e dolorose può portare effetti negativi anche a lungo termine e condizionare la vita futura di questi piccoli pazienti e quella delle loro famiglie.

E' ormai scientificamente confermato che anche il prematuro, è in grado di sentire dolore già dalla 24° sett. di età gestazionale, non solo, ma è anche dimostrato che tanto più il neonato è prematuro quanto più è carente dei meccanismi endogeni per il controllo del dolore e più esposto alle conseguenze del dolore non adeguatamente controllato e trattato. L'ambiente TIN, infatti, è ricco di sollecitazioni eccessive quali luci e rumori che possono risultare stressanti, inoltre è stato calcolato che un neonato che riceve cure intensive può subire anche una media di 14 procedure invasive al giorno fino ad un massimo di 50 senza ricevere una adeguata analgesia.

E' compito di chi li assiste riconoscere le situazioni dolorose e stressanti, tramite i messaggi che il neonato ci invia, valutarli per mettere in atto tutti quegli interventi comportamentali, farmacologici e non farmacologici (tra cui la cura dell'ambiente, la suzione non nutritiva, il tocco dolce, la saturazione sensoriale), tesi a ridurre il carico di dolore e di stress. Per far tutto ciò è necessario che il neonato venga trattato come persona capace di relazionarsi con chi se ne prende cura e per far questo è fondamentale integrare a questo tipo di assistenza, la presenza dei genitori, come un fondamentale intervento terapeutico (vedi metodica Marsupio), economico ed efficace.

L'assistenza al neonato sofferente pone quindi degli interrogativi agli operatori sanitari sul senso della sofferenza e sul modo di accompagnarci ad essa.

La professionalità e la disponibilità dell'amico Sergio Sambataro (*ssambataro@centrodiortodonzia.it*), Odontoiatra - Specialista in Ortognatodonzia ci ha indotti a dare l'avvio ad una nuova rubrica dedicata alla Ortognatodonzia. Questo primo articolo serve a chiarire sia da un punto di vista semantico che clinico-pratico le branche di interesse dell'ortognatodonzia. Ognuna di queste verrà approfondita nei numeri successivi. (ndr)

Il pediatra e l'ortodonzia

di Sergio Sambataro

OGNATODONZIA

È la scienza che studia i rapporti tra i denti, le ossa mascellari e l'articolazione temporo-mandibolare.

ORTODONZIA.

Ortodonzia significa letteralmente denti dritti (ortos = dritto; dens, dentis = dente) e si intende la specialità medica che si dedica allo studio e alla terapia delle anomalie di sviluppo e di posizionamento della dentatura, delle ossa della faccia e della muscolatura annessa. Ha pertanto l'obiettivo di ottenere un'occlusione ideale in un viso armonico. Per occlusione ideale si intende la migliore intercuspiazione (relazione) possibile fra i denti dell'arcata inferiore alloggiati nella mandibola e quelli dell'arcata superiore che si trovano nell'osso mascellare, in modo da consentire una corretta funzione masticatoria, respiratoria, fonatoria ed un'estetica gradevole ed armonica.

Il contatto fra i denti è molto importante anche come fattore equilibrante di tutto il corpo perché, insieme al contatto plantare, è un elemento fondamentale di una buona postura scheletrica e neuromuscolare. Definiamo, invece, come malocclusione il complesso delle alterazioni scheletriche, muscolari e dentarie che non garantiscono il buon funzionamento dell'apparato stomatognatico.

ORTOPEDIA NEL PAZIENTE IN CRESCITA.

Negli ultimi 50 anni è stato che gli interventi ortodontici, se eseguiti nel paziente in via di sviluppo, consentono di raggiungere risultati riguardanti tutta la faccia, quindi, in questi casi, si parla più ampiamente di ortognatodonzia o ortopedia dento-maxillo-facciale. Si tratta di interventi ortopedici brevi (1 o 2 anni massimo) eseguiti con apparecchiature molto semplici e ben tollerate dai piccoli pazienti che possono migliorare, se compromessa, la funzionalità respiratoria, la fonazione, la deglutizione, la masticazione e l'estetica del volto. Questi vanno pianificati e concordati con i pediatri e con gli otorinolaringoiatri con cui si collabora attivamente. La previsione della crescita facciale permette, sin dall'età di tre anni, di determinare l'epoca migliore di intervento e di individualizzare gli obiettivi del trattamento. Per raggiungere il massimo risultato nel più breve tempo

possibile è necessario intervenire precocemente (dentatura da latte o mista), perché l'obiettivo non sono i denti ma le ossa. Una volta raggiunto il risultato ortopedico, o solo nei casi in cui non c'è un'alterazione scheletrica, è consigliabile intervenire ad 11-12 anni quando sono presenti tutti i denti permanenti, che possono essere allineati con apparecchiature più sofisticate.

PALATOSCHISI E SINDROMI ORO-MAXILLO-FACCIALI.

Queste patologie vengono trattate in equipe composte dal pediatra, otorinolaringoiatra, foniatra, psicologo, chirurgo maxillo-facciale e ortognatodontista, che ha il compito di modificare la crescita e stabilire i tempi e le modalità di intervento insieme col chirurgo, e di costruire le eventuali protesi otturatorie per una corretta fonazione insieme col foniatra, e di migliorare la funzione respiratoria con l'ausilio dell'otorinolaringoiatra.

Al pediatra è affidato il ruolo di coordinatore e responsabile delle problematiche comuni ai diversi presidi terapeutici utilizzati.

ORTODONZIA NELL'ADULTO.

Nei pazienti che vengono alla nostra attenzione in età adulta (crescita ultimata - 15 anni circa per le femmine, 19 per i maschi) è possibile allineare i denti senza avere un effetto sulle basi ossee, su cui è possibile, ove necessario, intervenire chirurgicamente. In questi casi il ruolo dell'ortodontista è di primaria importanza nella diagnosi e nella pianificazione del trattamento, che avviene in

Trattamento precoce

Preventivo (3-6 anni)
Intercettivo (7-10 anni)
Intermedio (11-13 anni ?)
Intermedio (11-17anni ?)

Trattamento tardivo adulto - no crescita:

Riabilitativo Completo Migliorativo
Ricostruttivo Recuperativo Ortopedico
Chirurgico

DI GIAMOCELO...

L'indimenticabile e fortunata invenzione giornalistica, che in un'unica parola definiva un sistema di corruzione e clientelismo - *tangentopoli* - ha avuto successo e fatto proseliti: *calciopoli* è tra quelle "new entry" in lista per figurare nel prossimo "Zanichelli".

Hanno diverse cose in comune questi due scandalosi eventi - capaci di scuotere più efficacemente l'informazione mediatica che il sistema nei suoi ingranaggi - e tra queste, quello che più colpisce è l'atteggiamento che aleggia attorno ai "capri espiatori" di queste tristi vicende. Se da un lato c'è il pubblico ludibrio e la voglia, propria delle arene d'altri tempi, di vedere "il sangue" del colpevole, quasi che il suo sacrificio possa "lavare" le coscienze di tutti (poiché tutti, in un modo o nell'altro, abbiamo condiviso ed accettato il sistema corrotto), dall'altro c'è il coro dei "vittimisti", di quelli che vedono, in un sistema malato tanto cronicamente da sembrare sano, l'ingiustizia (se così si può dire) che il prezzo dell'errore debba essere pagato da uno solo e, con partecipata commozione, dimentichi della gravità degli addebiti, considerano il "poveretto" uno sfortunato quando non un perseguitato.

Non è incomprensibile dopotutto: quando siamo gli unici a sventolare una multa (pur meritata) per un parcheggio in seconda fila, laddove questa sembra una regola consolidata, non ci sentiamo un po' vittime anche noi? E quando ci vediamo sorpassati da decine di macchine che raggiungono indisturbate il casello autostradale percorrendo la corsia d'emergenza, non ci sentiamo a tratti un po' fessi (per non essere capaci di fare altrettanto) e un po' idrofobi (per vivere in un paese in cui l'impunità legittima e consolida comportamenti delinquenziali)?

Anche Moggi quindi, come Craxi prima di lui, ha avuto la solidarietà di molti e, tra breve, i tempi saranno maturi per farne un'icona, l'esempio vivente di un bravo manager e di un padre di famiglia modello sbranato ingiustamente dai media e giudicato severamente dai soliti "magistrati cattivoni".

E adesso, considerato che questa è la rubrica in cui ci si dice la verità, **digiamocelo**: esiste anche **Medicopoli**, ed è a tutti noto.

Si comincia dall'università che non è solo scuola di formazione professionale ma anche "maestra di vita": ingiustizie e favoritismi, abusi e prepotenze incominciano in quegli anni e saranno gli ostacoli da superare (per chi avrà i mezzi e la voglia per farlo) per tutto il resto della vita.

Medicopoli

di Maria Libranti

Vi ricordate quel professore che pretendeva, al pari di una tangente, che si acquistasse il libro da lui pubblicato? Il programma divulgato in capitoli e numeri di pagine (anziché per argomenti) e la ridicola pretesa di autografare il libro (per impedirne l'uso di seconda mano) erano i mezzi per ottenere questa piccola "estorsione".

E le raccomandazioni per entrare alla scuola di specializzazione? E quelle per concorrere alle borse di studio, ottenere un dottorato, e su, su nella carriera universitaria dove, lo sa anche Cappuccetto Rosso, è sconosciuta la meritocrazia e non si fa molta strada senza un "protettore".

Ho partecipato a concorsi ospedalieri che erano autentiche farse e il capocomico era il presidente di turno scelto, ovviamente, tra i politici governanti: si conoscevano i nomi dei vincitori ancora prima di bandirli.

E' quasi banale dirlo, e me ne scuso, ma conosciamo tutti colleghi veramente dotati a cui, senza ritegno, sono state tarpate le ali ed altri - che se avessero dovuto farsi strada con le loro forze avrebbero stentatamente ottenuto una licenza elementare - che con nessun merito e pochissima fatica occupano posizioni di responsabilità e prestigio certamente inadeguate.

Adesso tutto è diventato più semplice e, almeno per gli incarichi di primario, sono state evitate le inutili "pantomime": i manager delle Aziende Ospedaliere hanno il mandato di scegliere, loro solamente, il primario che ritengono il più valido tra la rosa dei candidati. Non dubito che adopereranno i migliori criteri per giudicare, tenendo conto soprattutto dei curricula presentati, ma non è pur sempre un potere ed una responsabilità eccessivi per un solo uomo?

Potrebbero versarsi fiumi d'inchiostro, inutilmente temo, su simili vicende. Questo matrimonio combinato tra medicina e politica - ché certo lasciati a se stessi non si sarebbero mai piaciuti - è malriuscito come pochi. Auspico un divorzio rapidissimo e - volo pindarico! - una ritrovata moralità nella politica in toto, tutte le direzioni (destra, sinistra e centro) ne sono bisognose. Per scongiurare la depressione che la rilettura di queste poche righe mi procurerà, concluderò con una "Celentanata": se la politica della destra è "lenta" almeno quanto quella della sinistra, come farà la Medicina a produrre qualcosa di "rock"?



L'enuresi è uno dei disturbi più frequenti e più limitanti dell'età pediatrica, le risposte del Prof. re Pietro Ferrara possono certamente aiutarci ad affrontarla in modo appropriato.

G.: In ambulatorio una delle problematiche che riscontriamo più frequentemente è "l'enuresi", può darci una corretta definizione di questa patologia se di patologia si può parlare?

Prof.: L'enuresi intesa come una perdita involontaria di urina che si verifica durante la notte non è una malattia. Si parla di enuresi quando un bambino che ha superato l'età di cinque anni (sei per i maschietti) bagna due volte a notte il letto per 3 mesi consecutivi, il calcolo si fa sui 3 mesi precedenti alla visita.

La definizione più accreditata si trova nei manuali di psichiatria, a testimonianza che tuttora è considerato un disturbo psicologico, invece l'enuresi primaria non ha una genesi psicologica ma è esattamente il contrario, cioè i problemi psicologici insorgono quando il bambino si comincia a sentire diverso dagli altri.

G.: Quali sono le cause più frequenti di enuresi?

Prof.: Le cause dell'enuresi primaria, quindi l'enuresi monosintomatica cioè non associata ad altri disturbi sono:

- la familiarità, anche se non sono mai stati identificati dei tratti genici ben precisi che codificano il disturbo;

- una forte associazione col sonno profondo, e non tanto con la fase REM come si diceva una volta, ma con un passaggio da una fase tre a una fase quattro in cui anche la vescica ha delle contrazioni più ripetute;

- c'è un terzo punto molto importante anche questo, un disturbo vescicale, nel senso che c'è una vescica iperattiva, una vescica neurogena o una vescica più piccola di capacità.

- Il quarto punto è l'alterato ritmo "circadiano dell'ADH" e quindi diciamo un mancato picco nelle prime ore del mattino. In questo caso per una corretta anamnesi è importante chiedere se si bagna una sola volta per notte o più di una volta, questo è già indi-

cativo di una vescica iperattiva oppure se bagna appena va a dormire oppure dopo mezzanotte o l'una, questo ci fa pensare ad un alterato ritmo circadiano dell'ADH. Inoltre se si bagna durante il sonno pomeridiano non può essere un alterato ritmo circadiano dell'ADH ma deve essere per forza qualcosa correlato al sonno. Quindi tutto questo ci orienta sia per la diagnosi che per la terapia.

G.: E' corretto fare una diagnosi soltanto in base all'anamnesi oppure dobbiamo associare degli ulteriori accertamenti?

Prof.: Una corretta anamnesi ci fa già capire di fronte a quale enuresi ci troviamo di fronte, perché nel futuro non si parlerà più della enuresi ma "delle" enuresi.

In un enuresi notturna primaria monosintomatica non è necessario fare nessun esame se non controllare la pressione arteriosa e un attento esame obiettivo per escludere che non ci siano altre lesioni a livello della colonna, in particolare individuare se ci sono segni di spina bifida, che solitamente si associano a disturbi minzionali. Qualora però il disturbo sia presente da tanto tempo si può prescrivere un esame delle urine e un'ecografia renale, che nella maggioranza dei casi danno esito negativo e ci tranquillizzano.

Se invece ci sono dei disturbi diurni associati a disturbi notturni, allora è il caso di approfondire meglio. Se l'enuresi dura da tanto tempo ed è asso-

ciata ad episodi d'infezioni delle vie urinarie è bene eseguire una risonanza magnetica della colonna, non una radiografia che è poco significativa, o una cistografia. La risonanza magnetica ci permette di evidenziare alterazioni evidenti negli ultimi tratti sacrali e lombari come le spine bifide ma anche processi dell'ultimo tratto del midollo. Ricordo il caso di una bambina inviataci in ambulatorio per enuresi, anche se piuttosto era affetta da urgenze minzionali e infezioni delle vie urinarie. Prima del ricovero aveva eseguito numerose indagini tra cui le prove urodinamiche, un esame che si fa nei disturbi minzionali diurni e notturni, ma solo la risonanza ci ha permesso di porre diagnosi di cisti intramidollare, la cui asportazione portò a guarigione completa.

G.: Qual è la terapia più appropriata?

Prof.: In generale seguiamo due iter terapeutici l'allarme acustico o la desmopressina. L'allarme necessita di una buona "compliance" da parte della famiglia, perché questo bambino si deve alzare e andare al bagno ecc., non deve avere un sonno estremamente pesante perché altrimenti si svegliano tutti tranne l'interessato. Usiamo invece la "desmopressina" quando ci orientiamo, anche grazie ad una semplice pesata del pannolino che presenta un peso superiore a 250 gr, verso un alterato ritmo circadiano. In questo caso la "desmopressina" potrebbe essere il farmaco di scelta, scegliendo le compresse e non lo spray perché più affidabili.

Se invece ci sono associati segni diurni è inutile dare la desmopressina perché non è un enuresi ma è un disturbo minzionale e allora lì un anticolinergico è il farmaco di prima scelta, che può essere dato da solo o associato, se la quantità di liquido notturno è tanta, alla desmopressina.

Tutto questo da migliori risultati se associato ad una adeguata terapia comportamentale, che vuol dire motivare il bambino con il diario minzionale, ridurre l'assunzione di liquidi di pomeriggio, ridurre le bevande gassate, fare quella famosa ginnastica vescicale che stimola le cosiddette vesciche pigre a funzionare in una maniera un po' più allegra, nelle vesciche invece iperattive a trattenere l'urina più a lungo, non ultimo curare la stipsi.

Un'altra cosa molto importante, è poi coinvolgere tutta la famiglia, il bambino non deve essere un oggetto passivo di scelta del medico o dei genitori, deve comprendere che la sua non è una malattia.

Qualora il problema invece avesse ripercussioni anche sulla sfera psicologica, o come succede nell'enuresi secondaria, cioè un bambino che ha controllato per più di sei mesi e poi riprende, dobbiamo andare a cercare sicuramente la causa psicologica, e lì è necessario un supporto anche di questo tipo.

G.: Ci è capitato di osservare un riacutizzarsi del disturbo enuretico alla sospensione della desmopressina, è un riscontro occasionale? Qual è la sua esperienza?

Prof.: Ha riscontri anche nella nostra esperienza, perché noi diamo un analogo ormonale, quindi è prevedibile che alla sospensione del farmaco possa ricadere. Per ovviare a questo problema la durata della terapia non deve essere tanto breve, ma deve essere di tre mesi più le due settimane di osservazione e poi altri tre mesi, quindi un totale di sei mesi che in genere danno migliori risultati. L'altro passo in avanti è stato fatto con una sospensione graduale.

È chiaro che questo rischio c'è, ogni bambino ha i suoi tempi, c'è chi inizia a camminare o a parlare prima e chi dopo, ecc., l'acquisizione del controllo vescicale è l'ultimo nella scala dei controlli che viene acquisito, diciamo che ha dei tempi diversi da bambino a bambino, spesso è espressione di un malessere, in cui il bambino stesso non è pronto a voler guarire, tanto è vero che le terapie vanno un po' meglio nei bambini più grandi, che sono più motivati rispetto a quelli un po' più piccoli.

G.: Spesso mi è capitato di trovare associata enuresi ed encopresi, è un riscontro occasionale?

Prof.: In un lavoro pubblicato recentemente si dice che l'associazione enuresi - encopresi potrebbe essere un indice di maltrattamento in senso lato, sia fisico che psicologico.

Ma al di là di questa osservazione in questi casi va sempre fatta una risonanza per escludere un problema neurologico.



Intervista a Pietro Ferrara Le enuresi

di Antonino Gulino

di Antonino Gulino

La stella che non c'è
di Gianni Amelio

Gianni Amelio uno dei maestri del nostro cinema con la sua ultima opera ci guida verso una terra sconosciuta, la Cina.

Un mondo ben diverso dalle nostre immaginazioni infantili, nate dai racconti di Marco Polo, ma anche dalle suggestioni ideologiche della mitica patria di Mao.

Il protagonista del film, un ispirato Sergio Castellitto, manutentore di una fabbrica dismessa è convinto che l'altoforno venduto ad un'impresa cinese non sia in buone condizioni e per evitare che si verifichino incidenti costruisce una centralina idraulica da consegnare ai nuovi proprietari.

Inizia un viaggio lungo e difficile che da Pechino lo porterà fino alla Mongolia, attraverso città - cantieri, grattacieli brulicanti di un'umanità affannata, continuamente e ossessivamente bagnata da una pioggia sottile, ma anche campagne poverissime popolate da vecchi e bambini senza gioia.

In una delle tappe del suo viaggio il protagonista scopre che la studentessa - interprete che lo accompagna nella sua avventura è madre di un bambino frutto di una relazione occasionale, un bambino che non doveva nascere, a cui la madre è costretta a rinunciare per continuare a studiare.

Il mondo che l'autore ci fa conoscere non è il nuovo, non è l'alternativa alla nostra debole democrazia, ma un universo terribile e angoscioso dove non c'è posto per i più deboli.

Ma il confronto con questa realtà dà al protagonista ed a noi spettatori l'opportunità per conoscerci un po' meglio, per provare a comprendere le ragioni della crisi profonda che attanaglia la nostra società ma anche ciascuno di noi.

Marco Bellocchio in una delle sue prime opere *La Cina è vicina*, sognava un mondo nuovo, oggi a distanza di 40 anni Amelio ci fa comprendere che non solo la Cina non è vicina, ma che è ben distante dal mondo che stancamente continuiamo a sognare per i nostri figli.



I Modena city Ramblers, il rock che non ti aspetti

“il mare si sdraia fedele ai tuoi piedi”

di Adriano Fischer

La festa dell'unità non è più come una volta; non esistono più quelle manifestazioni, quel folklore che ognuno porta con se e per tutti. Adesso tutto è marketing!! I vestiti e monili non sono quelli dell'alta borghesia ma i prezzi sono la proiezione misera e materiale del capitalismo più becerato e sfrenato. Tuttavia l'atmosfera ricorda quella del Natale!! come si aspetta il Natale per essere diversi e buoni, così la festa dell'unità si aspetta perché si vuol credere alla coesione di tutti con tutti.

Si crea un ambiente in cui i più giovani sfilano alzando pugni e vaneggiando sogni, piangendo all'inno di *bella ciao* o di *bandiera rossa*, i meno giovani li seguono consapevoli che tutto è cambiato e tutto è diverso ma festeggiano perché è il loro Natale, i più vecchi si asciugano le lacrime perché vivono del loro passato e di una nostalgia che per un giorno sembra loro realtà.

Io, la festa dell'unità la lego al mio periodo universitario, la lego a quella spensieratezza di giovani che come me festeggiano quel Natale in cui tutti diversi, tutti buoni, tutti uniti; la lego a un gruppo che, tra cori, giocolieri, trapezisti, danzatrici, si affaccia sul palco conquistandoci a ritmo di folk emilio-irlandese; era il settembre 2002, “in un giorno di pioggia”, erano i Modena city Ramblers.

Li conobbi così! In realtà sono nati nel 1994, presentando il loro genere come *combat folk* come l'omonimo demotape, oggi introvabile e mai ripubblicato in cd.

Amore a prima svista! Le cose più intense son sempre quelle che non ci si aspetta, quelle improvvisate, quelle, magari diverse, che comunque vada lasciano confortevoli ricordi, immagini di frammenti della propria vita.

Le loro origini sono indipendenti come la loro musica, sono ballate che esprimono la loro identità meticciosa fatta di Emilia e Irlanda, sono ricordi della Resistenza Italiana, di viaggi e di lotte, ricordasi “*la banda del sogno interrotto*” sulla resistenza siciliana; e così che si presenta, infatti, il primo album del 1994 *Riportando tutto a casa* per l'etichetta indipendente Helter Skelter.

Nel 1996, nuovi protagonisti della musica folk italiana, pubblicano il loro secondo album, *La Grande Famiglia*. Sempre più parolieri, sempre più coinvolgenti, sempre più numerosi! Con loro partecipa, Paolo Rossi, Francesco Guccini, gli Ustamamò. Nel 1997 cambiano linguaggio, cambiano stile, genere.. dalle ballate irlandesi ai profumi sud americani, nasce *Terra e Libertà!*

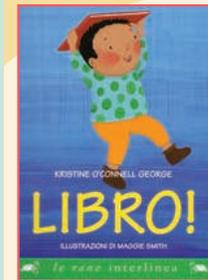
Sempre più nuovi ma sempre più nostalgici si fanno profeti e innovatori oltre che nel genere anche nello stile; uno stile che nel cd *Fuori Campo* del 1999 vuole percorrere quella linea che attraversa l'Occidente e arriva verso un Oriente ricco di tradizioni, di canti popolari, quasi a fotografare in volo paesaggi irlandesi, balcanici, africani, asiatici, proponendosi come gruppo italiano con passaporto di cittadini del mondo.

Febbraio 2002, esce *Radio Rebelde!* Mix di suoni che vanno dal folk, con ingerenze elettroniche, al sound sud americano e africano e si completano con il Napoletano classico. Le canzoni sono 13; ma quella che ci piace ricordare o semplicemente quella di maggiore successo è la “*legge giusta*”, carica di furiosa ironia diventata simbolo di numerose manifestazioni. Scritta in riferimento ai fatti accaduti a Genova durante il G8, puntando il dito contro un'informazione che falsa e distorce le notizie e contro un governo che decreta leggi arbitrariamente personali, imbroglia la democrazia e federalizzando gli interessi.

Tra il 2002 e il 2004 vanto la partecipazione a due concerti dei *mcr* a Bologna, il primo gratuito in Piazza Maggiore, il secondo a prezzi popolari.. i ricordi si snodano tra prati di sensazioni che non si provano ad ogni concerto; ogni canzone sembrava diretta a me, come se pezzi o gesti avrei dovuto dirla io, farli io.. ho vissuto due ore di un incredibile prolungamento di me stesso; lo stesso sapore che può lasciare un secco e vecchio whisky scozzese, caldo, intenso e profondo, che non lascia agitazione o adrenalizza le proprie emozioni ma che depone quel senso di soddisfazione che evoca l'idea di una interminabile pace, serenità con se stessi.

Una serenità vivace e presente anche nei successivi album *Viva la vida*, *Muera la muerte* ed *Appunti Partigiani*. Quest'ultimo più di tutti nel quale album è contenuto *Ebano*, vincitore del prestigioso premio “Amnesty – Voci per la libertà” come esempio di brano impegnato nell'ambito delle tematiche dei diritti umani.

Nascono come cantanti di strada, si presentano come umili seconde voci, cantano con noi e di noi, cantano una storia, la loro storia, ci chiedono se ne vogliamo fare parte e cosa ne pensiamo, ci ricordano di ripeterci che se la vita non è come l'abbiamo immaginata basta fare come loro e ripetersi: “*a min ceva n cazz!!!*”



recensioni

Libro!

di Giusi Geremia

di Kristine O'Connell Gorge
Illustrazioni di Maggie Smith
Interlinea junior, 2006
Collana Le Rane - € 12,00

Non deve sembrare mai prematuro parlare di libri e lettura ai propri figli anche quando ci appaiono troppo piccoli e quindi meno ricettivi ad un argomento così complicato. Sappiamo infatti che fin dall'età di 18 mesi un bambino riesce a decifrare le immagini che gli vengono proposte e a tradurle in idee individuando oggetti conosciuti o azioni, quindi, anche se in modo molto primitivo e personale, legge.

Sono molteplici gli esempi di autori che si sono dedicati alla fascia di lettori più piccoli misurandosi sulla difficile arte di “farsi leggere” proprio da chi non padroneggia la lettura. Un albo che può dare una mano a iniziare i bambini a questa importantissima attività è “Libro!” di Kristine O'Connell Gorge, illustrato da M. Smith ed edito nel 2006 da Interlinea junior (12,00 €).

Il testo con grandi immagini semplici a tutta pagina, straordinariamente e riccamente colorate, propone ai bambini un

susseguirsi di azioni comuni che si possono compiere utilizzando il libro come oggetto di gioco o, in modo leggermente più complesso, come amico da cui possono uscire parole e storie in grado di favorire emozioni positive. Con la classica impostazione dell'albo illustrato a pagine grandi, il testo invita i bambini a guardare, sfogliare e comprendere, operazioni queste che si succedono comunque in qualsiasi forma di lettura sia essa di immagini o di parole.

Perfetto quindi per cominciare a inserire il leggere nella vita dei piccoli come una normale evoluzione del guardare e del capire, lasciando intravedere quanto di piacevole questo gesto possa generare in ognuno di noi.

Brevi “istruzioni per l'uso”, all'inizio del libro, per coloro che vogliono farsi da tramite per favorire l'amore per la lettura nella speranza che questi adulti speciali siano, quantitativamente e riccamente, sempre più numerosi.

LA CASA ANTIALLERGICA

di Filippo Di Forti

La casa, sogno di una vita, gioia e delizia di banche, fisco, intermediari, venditori, commercianti, artigiani e scusate se dimentico qualcuno, è... il nostro porto sicuro. In essa spendiamo energie inimmaginabili e attacchi di ira irrefrenabili. In essa concentriamo la cura di aspetti estetici, di sicura importanza per in confort "visivo", ma l'aspetto progettuale, inerente la qualità dell'aria interna ad essa, lo trascuriamo, perché costoso e poco visibile agli occhi critici ed invidiosi degli ospiti.

L'aria, all'interno della casa, può essere inquinata più dell'ambiente esterno, infatti vi sono malattie ad essa correlata, che sono state definite dagli autori anglosassoni "Building related syndromes".

Esse comprendono asma, riniti, dermatiti, infezioni, polmonite da ipersensibilità. Sono ormai lontani i ricordi infantili di una vita agreste e bucolica, tipo "via Gluck", i nostri bambini consumano la loro esistenza in casa e/o altri ambienti chiusi, per più del 90% del proprio tempo, infatti, nella stagione invernale, un bimbo arriva a tra-

scorrere anche 23 ore in casa!

Potrà sembrare fantascienza, ma in Finlandia esiste un organismo detto "Finnish Building Information Institute, che certifica il grado di emissioni di sostanze tossiche rilasciate dai materiali di costruzione. Il certificato è parte integrante della casa e ne rappresenta il "pedigree". Le sostanze, che questi materiali rilasciano e che vengono ricercate, sono: derivati organici, formaldeide, ammoniaca e composti cancerogeni (fig.1).

Dall'analisi della classificazione fatta da questo istituto, si evince che la pietra ed il vetro sono i materiali più sicuri.

Che l'età della pietra e del vetro fossero esempi di grande progresso umano era noto, ma sapere, che anche oggi, mantengono immutati il loro valore, anzi certificato, può ingenerarci sentimenti di sconforto.

Prima di costruire, bisogna andare a monte del problema, valutare il terreno, l'uso a cui precedentemente era adibito e la presenza di contaminanti. A meno che si trovasse sopra un giacimento di diamanti, ma il problema allora diventerebbe più complesso!!

Il progettista dovrebbe considerare il sito della costruzione, l'orientamento, la zona di accesso alle auto, l'area di parcheggio ed il giardino. Una forma dell'edificio più adeguata all'ambiente da vivere, con una disposizione e ampiezza delle finestre adeguate ad una giusta luminosità, un corretto ricambio di aria e se non proprio l'eliminazione, la riduzione della polvere di casa e dell'umidità ambientale.

Ebbene sì, la polvere di casa, business miliardario di multinazionali e società di servizi, pietra tombale di matrimoni scricchiolanti, argomento principe di suocere dal nido vuoto, è senza dubbio uno dei problemi più grossi della società contemporanea, specie se si considera che è un ottimo

CLASSIFICAZIONE DEL FINNISH BUILDING INFORMATION INSTITUTE

- Categoria M1: Comprende materiali naturali, come pietra e vetro, che non emettono sostanze ed altri materiali che abbiano le seguenti caratteristiche:

1) L'emissione di composti organici volatili (TVOC) è al di sotto di 0,2mg/m/h. 2) L'emissione di formaldeide è al di sotto di 0,05mg/m/h. 3) L'emissione di ammonio è al di sotto di 0,003mg/m/h. 4) L'emissione di composti cancerogeni è al di sotto di 0,0005mg/m/h. 5) Il materiale non emette odore.

- Categoria M2: L'emissione di TVOC è al di sotto di 0,4mg/m/h. 2) L'emissione di ammonio è al di sotto di 0,125 mg/m/h. 3) L'emissione di ammonio è al di sotto di 0,06mg/m/h. 4) L'emissione di composti cancerogeni è al di sotto di 0,005mg/m/h. 5) Il materiale non emette odori forti e persistenti.

- Categoria M3: In questa categoria sono compresi materiali che non sono stati testati o che presentano dei livelli di emissione che superano quelli specificati in categoria 2.

I MATERIALI DEVONO INDICARE CHIARAMENTE LA CATEGORIA DI APPARTENENZA E I LIVELLI DI EMISSIONE TESTATI, SPECIFICARE I LIMITI DI APPLICAZIONE E LE CONDIZIONI AMBIENTALI CHE SONO RICHIESTI PER QUEL MATERIALE. IL CERTIFICATO DI CLASSIFICAZIONE HA VALIDITÀ TRIENNALE.

Seppanen Olli: Strategies toward healthier building. ALLERGY AND ASTHMA EFA CONFERENCE, Helsinki 1999; abstracts 22-7 (12)

carrier di allergeni vari. La stanza del bambino con i suoi arredi è anch'essa foriera di "problemi" inerenti l'acquisto di mobili e suppellettili vari.

È un evento delicato, allegro e ambito da genitori e negozianti. Rappresenta il motivo di uscite pomeridiane, giri tra negozi e discount, piccoli attriti tra coniugi, malcelati da sorrisi ipocriti o frasi del tipo "Fai quello che vuoi a me non interessa!". Sintetizzando l'ambiente domestico ideale dovrebbe avere le seguenti caratteristiche: un design generale che sfavorisca l'accumulo di l'umidità, prediligendo, per esempio, l'utilizzo di mattoni al posto di pannelli prefabbricati, che sono poco traspiranti. Un buon drenaggio delle fondamenta e un buon isolamento della parte bassa della casa. Il pavimento ideale è quello di ceramica e marmo, ma va anche bene il parquet, mentre è sconsigliabile la moquette, che oltre a trattenere la polvere, con tutte le sue "schifezze", può emanare sostanze inquinanti come toluene, stirene ecc., ecc. .

Anche la carta da parati in vinile può emanare queste sostanze. Le pitture murarie a base acquosa emettono minori quantità di composti tossici rispetto a quelle a base oleosa, ma è anche vero che vernici ad acqua rilasciano sostanze dannose in maniera più continuata nel tempo. È opportuno utilizzare pitture murali naturali e senza odori, limitando l'uso di sigillanti e colle. È preferibile non utilizzare l'intonaco di gesso, poiché poco traspirante. Non ricoprire zone di umidità con pannelli o altro. Se vi sono forti odori, arieggiare l'ambiente fino alla scomparsa dell'odore. Durante lavori di ristrutturazione o tinteggiatura non è consigliabile vivere in casa. Evitare di respirare polveri e ventilare gli ambienti durante le opere di restauro.

L'umidità è il nemico numero uno, l'utilizzo

di apposite guaine, da mettere nei punti strategici delle abitazioni, è un intervento importante, così come il controllo di eventuali perdite da tubature e rubinetti, non bisogna dimenticare che l'umidità favorisce lo sviluppo di acari e muffe, oltre che di microrganismi patogeni.

L'inquinamento nell'ambiente domestico deriva anche da tutte quelle zone dove si brucia qualcosa (caldaie, fornelli a gas, camini), il progettista dovrebbe collocarli in posizione adeguata all'interno della casa. È consigliabile un sistema di riscaldamento autonomo che, anche se non esonera da beghe condominiali, dà la possibilità di mantenere la temperatura interna tra i 18°-21°. Utile un impianto di condizionamento centralizzato, da usare sempre e non solo quando si crea umidità all'interno della casa, il livello di umidità dovrebbe essere mantenuto al di sotto del 50%. Sono sconsigliabili i termoconvettori, che aumentano la dispersione delle particelle. È consigliabile l'uso di pannelli radianti.

Per l'aspirazione delle particelle presenti nell'aria, la soluzione ideale è costituita da un depuratore centralizzato, che abbia opportuni filtri HEPA. In cucina andrebbe montato un ventilatore esterno il cui filtro andrebbe pulito ogni 2-3 mesi. La presenza di odori sgradevoli è segno di rischio. Va risolto il problema che lo determina. È sconsigliato l'uso di umidificatori per non permettere lo sviluppo di funghi ed acari. Animali domestici tenuti all'interno della casa possono dare allergie. Non fumare in casa (ma anche fuori!).

Ebbene sì, la vita in casa è frustrante per i vicini di casa un po' rumorosi, per coabitazioni un po' difficili, per le condizioni igienico-ambientali, ma soprattutto se semplicemente si pensa alle splendide spiagge dei mari del sud.

LO STUPIDIATRA

a cura di Fidifo

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

Tutto comincia quando la madre riferisce a bassa voce che "al torace non vi erano i sibillini". Quattro quattro, micio micio, tomo tomo, indago per capire il losco celato da questa frase misteriosa. Apprendo con stupore, non misto a rassegnazione e ad una dose non quantizzabile di sconforto, il dramma consumato tra le semplici

mura di un semplice appartamento: "Il bambino è da stamattina che non dorme!". Ormai non ho dubbi, il quadro è chiaro, ha la varicella che non lo fa dormire, perché il vicino di casa dorme in quanto "Non ha la varicella perché non ha le campanelle". Piuttosto sarà la "scaloppina" (scarlattina) che lo farà stare male, ma

questo è da vedersi. Ma il bello deve ancora venire, roba da telefono azzurro, da far accapponare la pelle a mò di varicella, se non fosse che ormai ne abbiamo sentite tante da non farci più caso, un caso drammatico di svezamento insomma! "Il bambino lo abbiamo sverginato!!".

Vaccinazioni: obiettivo adolescenti

di Angelo Milazzo

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha posto fin dal 1990 tra gli obiettivi prioritari quello della prevenzione delle malattie infettive tra gli adolescenti. L'American Academy of Pediatrics (AAP) e l'Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) hanno rinnovato costantemente pressanti raccomandazioni riguardanti la pratica delle vaccinazioni nell'età adolescenziale.

Problematiche emergenti scaturiscono anche in conseguenza della progressiva eradicazione dei patogeni ottenuta con le vaccinazioni. Questa condizione tende ad accorciare la memoria immunologica, abbattendo la frequenza dei richiami naturali, legati alle endemie. Esiste quindi la necessità di pianificare interventi di richiamo, ed inoltre di elaborare nuove strategie per la pratica di vaccinazioni la cui immissione in commercio è imminente.

Vaccinazioni antipertosse ed antitetano.

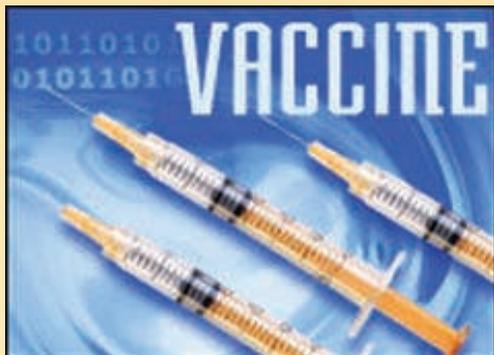
Il declino accertato con assoluta evidenza dell'immunizzazione contro la pertosse, anche in seguito alla malattia naturale, analogamente a quanto avviene per l'immunizzazione contro il tetano, imporrebbero la somministrazione di richiami fra gli adolescenti. Ottimale sarebbe, anche al fine di diminuire gli effetti indesiderati reattogenici legati soprattutto alla componente antiftirica, l'impiego di una dose *Booster* di vaccino antipertosse, sotto forma di preparato acellulare combinato contro difterite, tetano e pertosse (*dTpa*)

Vaccinazioni contro: rosolia, morbillo, parotite, varicella.

Assolutamente necessario è un richiamo del vaccino contro la rosolia, peraltro reperibile in commercio esclusivamente associato con gli anti-parotite ed anti-morbillo, nell'età adolescenziale, soprattutto se non si sia già praticata una seconda dose di richiamo.

Studi effettuati su studenti che si sono ammalati di varicella nonostante fossero stati correttamente vaccinati, hanno dimostrato che i soggetti vaccinati da più di cinque anni si sono ammalati di varicella con una frequenza 6-7 volte superiore di quella riguardante i soggetti vaccinati da meno di cinque anni.

La disponibilità già attuale di un vaccino tetravalente, contenente anche l'antivaricella, (*Proquad*) rende ancora più agibile tale pratica, poiché anche l'immunizzazione contro la varicella necessita di almeno una seconda dose di richiamo. La nostra Regione, tra le primissime al mondo a programmare una vaccinazione di massa gratuita



contro la varicella, ha stabilito fin dall'inizio la strategia di vaccinare sia gli adolescenti sia i bambini nel secondo anno di vita, in concomitanza con l'anti-morbillo-rosolia-parotite. Il nuovo vaccino tetravalente combinato farebbe sicuramente superare alla nostra provincia il gap che tuttora affligge la pratica dell'antivaricella.

Vaccinazioni antimeningococco ed anti-epatite A.

Sulla base dell'osservazione che il sierogruppo C è quello riscontrato epidemiologicamente con maggior frequenza negli ultimi anni, alcune Regioni hanno inserito un vaccino coniugato contro il meningococco C (*Meningitec*, *Meninvact*, *Menjugate*, *Neisvac-C*) per gli adolescenti nel loro calendario vaccinale, così come indicato nel Piano Nazionale Vaccini. La nostra Regione per il momento ha limitato l'offerta ai soggetti a rischio ed ai bambini che frequentano gli asili nido, in considerazione dei dati epidemiologici che finora sono stati abbastanza rassicuranti.

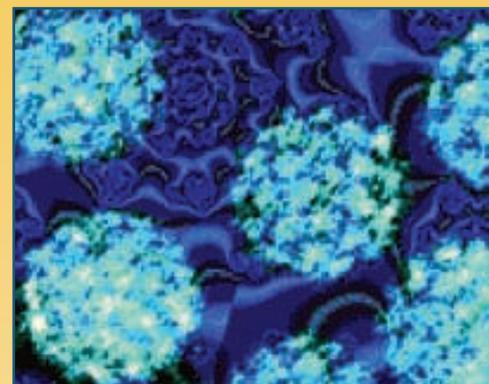
Negli adolescenti si potrebbero utilizzare anche i vaccini costituiti dai polisaccaridi: A+C+W135+Y (*Menomune* oppure *Mencevax ACWY*), che conferiscono una immunità più ampia, ma di durata significativamente inferiore. Negli Stati Uniti è già stato commercializzato un nuovo vaccino tetravalente coniugato, denominato *Tetrarca*, con l'indicazione specifica di uso nella fascia d'età: 11-55 anni. La durata della sua efficacia si prospetta soddisfacente.

La nostra Regione non ha adottato la vaccinazione routinaria contro l'epatite A poiché ha registrato da molti anni una incidenza media annuale inferiore ai 10 casi/100.000 abitanti. In atto la vaccinazione resta quindi indicata soprattutto per i viaggiatori diretti verso aree ad elevata endemia.

Vaccinazione anti-papillomavirus umano.

È stato recentemente commercializzato negli Stati Uniti un vaccino contro l'HPV, facendo seguito ad una convinta approvazione sia dei

CDC, sia dell'FDA. È un tetravalente che induce immunità contro quattro diversi ceppi di virus: HPV16 ed HPV18, che causano il 70% dei casi di tumore del collo dell'utero, ed HPV6 e HPV11, che invece causano il 90% dei condilomi. L'età considerata ottimale è: 11-12 anni.



Un altro vaccino, di produzione europea, immunizza soltanto contro i due sierotipi oncogeni ed è già in fase di approvazione sia da parte dell'EMA che dell'FDA.

Quest'ultimo vaccino è destinato solo al sesso femminile, poiché non protegge dalle infezioni da HPV in genere, ma solo dai sierotipi oncogeni. Entrambi i vaccini hanno dimostrato una efficacia elevatissima, anche se gli studi finora hanno potuto comprendere al massimo un periodo di 4-5 anni. Nell'adozione della vaccinazione si dovrà tenere conto che nella nostra regione lo screening mediante Pap-test non è diffuso uniformemente tra la popolazione.

Si dovranno inoltre probabilmente superare riserve, preconcetti e pregiudizi, quali quelli che indurrebbero a vedere nella vaccinazione un incoraggiamento al sesso precoce.

Ma tutti gli studi hanno dimostrato che l'età del primo rapporto sessuale dipende da molteplici e complessi fattori, tra i quali la paura delle malattie sessualmente trasmesse ha purtroppo uno scarso peso.



Pediatri tra le stelle



Ariete: durante una delle vostre solite corse tra i prati per raccogliere margherite sbatterete la testa in una quercia secolare, sarete arrestati dalla guardia forestale per danni.



Toro: in una lotteria di beneficenza vincerete un viaggio in Spagna, attenzione potrebbe essere una vacanza a rischio



Gemelli: la vostra solita curiosità vi farà vagare tra un polsino all'altro senza una mèta. Purtroppo siete nati senza camicia.



Cancro: siete ad una svolta! finalmente capirete perché chi vi incontra fa gli scongiuri con manovre dai connotati inquietanti



Leone: quando sbadigliate state attenti a chiudere la bocca.....



Virgine: la vera soddisfazione della vita esiste! Perché vi ostinate a rimanere della solita idea?



Bilancia: attenti a passare per la pescheria di Catania, rischierete di essere contraffatti!



Scorpione: non vi dico niente se non vi offendete. Comunque siete i migliori.



Sagittario: se vi trovate a passeggiare per via Plebiscito attenzione alle macellerie equine, ma se sarete con la faretra piena non avrete problemi.



Capricorno: state attenti a non cambiare opinioni, sareste costretti a cambiare segno.



Acquario: non frequentate alberghi con piscina, rischiate un conflitto di interessi.



Pesci: attenti a quello che fate, non vi sarà perdonato nessun errore perché al minimo sbaglio sarete fritti.



Pillole di...
endocrinologia

IL DIABETE INSIPIDO

di Francesco Privitera

L'appuntamento di questo numero è col diabete insipido, patologia questa di non comunissimo riscontro per quel che riguarda la forma primitiva, ma più facilmente riscontrabile come forma secondaria.

Il diabete insipido è una patologia caratterizzata da due sintomi cardini: la **polidipsia** (assunzione di notevoli quantità di liquidi) e la **poliuria** (emissione di notevoli quantità di urina ipotonica).

Esso si può distinguere in una forma "centrale" o "**neuroormonale**" ed in una forma "periferica" o "**nefrogenico**".

Il **DIABETE INSIPIDO CENTRALE (D.I.C.)** si caratterizza per una carenza dell'ormone vasopressina o antidiuretico (ADH). Questo deficit può essere **primitivo** o **secondario (tab.1)** ed a sua volta quello primitivo può essere ereditario (molto raro) o idiopatico.

Il D.I.C. primitivo ereditario

Tabella 1

DIABETE INSIPIDO CENTRALE O NEUROORMONALE (D.I.C.)

- Primitivo: - ereditario isolato (Autosomico Dominante)
- ereditario associato (Autosomico Recessivo → Sindrome di Wolfram)
- idiopatico
- Secondario a: traumi cranici, interventi neurochirurgici, encefaliti, sarcoidosi, leucemie, actinomicosi, tumori endocranici, istiocitosi, aneurismi, emorragie endocraniche

isolato ha una trasmissione autosomica dominante. Il difetto è stato localizzato sul cromosoma 20p13. Il D.I.C. primitivo ereditario può essere associato a diabete insulino-dipendente, atrofia ottica e sordità neurosensoriale nella **Sindrome di Wolfram**, conosciuta anche con l'acronimo **DIDMOAD** (Diabetes Insipidus, Diabetes Mellitus, Optic Atrophy, Deafness). Essa si trasmette con carattere autosomico recessivo ed il gene interessato è localizzato sul cromosoma 4p. Da notare che il diabete mellito insulino-dipendente di questa sindrome non è su base autoimmune, come dimostrato dall'assenza di anticorpi anti-insula e dall'aplotipo HLA. Infatti è stato evidenziato un processo degenerativo che coinvolge le β -cellule, i nuclei sopraottico e paraventricolare, il nervo ottico e l'VIII nervo cranico.

Il D.I.C. primitivo idiopatico è quello in cui non è stato possibile trovare una causa eziologica, anche se in un terzo dei casi in questi soggetti si sono

riscontrati anticorpi contro le cellule produttrici di ADH, suggerendo così una patogenesi autoimmune; ipotesi questa supportata dalla frequente comparsa di altri disordini endocrinologici su base autoimmune (specialmente tiroiditi) che si manifestano nelle età successive. Poiché spesso i segni clinici e neuroradiologici dei tumori endocranici non sono evidenti fino ad un anno dalla comparsa del diabete insipido, addirittura a volte fino a 4 anni, si richiede una rivalutazione periodica fino a 4-5 anni prima di etichettare come idiopatico il D.I.C. Il diabete insipido centrale secondario può essere dovuto a: traumi cranici, interventi neurochirurgici della regione ipotalamica o ipofisaria, encefaliti, sarcoidosi, leucemie, actinomicosi, tumori endocranici (soprattutto craniofaringiomi). Anche l'istiocitosi nel 25% dei casi sviluppa diabete insipido, come conseguenza dell'infiltrazione dell'ipotalamo e dell'ipofisi da parte degli istiociti e di solito si

dalla diagnosi di istiocitosi.

Il **DIABETE INSIPIDO NEFROGENICO (D.I.N.)** si caratterizza per la totale o parziale non responsività tubulare renale all'ADH, nonostante gli alti valori ematici dello stesso. Anch'esso può essere primitivo ereditario o secondario. Il D.I.N. primitivo è una patologia ereditaria rara recessiva X-linked, pertanto il maschio ha la forma da totale non responsività e la femmina ha la forma parziale (**tab. 2**).

Il D.I.N. secondario (totale o parziale) può essere associato a malattie che comportano una perdita del gradiente di concentrazione del rene (insufficienza renale acuta o cronica, uropatie ostruttive, e post ostruttive, reflusso vescico-ureterale, malattie cistiche, nefrite interstiziale, diuresi osmotica, nefrocalcinosi), oppure a malattie che diminuiscono l'effetto dell'ADH nei tubuli (ipopotassiemia, ipercalcemia, terapie con litio o demeclociclina).

SINTOMI:

Poliuria e polidipsia sono le manifestazioni cliniche cardini. Ipernatremia, rapida perdita di peso e collasso sono frequenti nell'infanzia. La disidratazione nella prima infanzia può determinare danno cerebrale e ritardo mentale. La sete eccessiva disturba il sonno, interferisce col gioco e con l'apprendimento.

Tabella 2

DIABETE INSIPIDO PERIFERICO O NEFROGENICO (D.I.N.)

- Primitivo (Recessivo X-linked);
- Secondario:
 - associato a malattie che comportano una perdita del gradiente di concentrazione renale (insufficienza renale acuta e cronica, uropatia ostruttiva e post-ostruttiva, reflusso vescico-ureterale, malattie cistiche, nefrite interstiziale, diuresi osmotica, nefrocalcinosi)
 - associato a malattie che diminuiscono l'effetto dell'ADH nei tubuli (ipopotassiemia, ipercalcemia, terapia con litio e demeclociclina)

DIAGNOSI:

1) **Anamnesi;**
2) **Determinazione contemporanea dell'osmolarità plasmatica ed urinaria al mattino ;**

3) **Dosaggio dell'ADH se disponibile (v.n. > 0.5 pg/mL)** che ci serve anche per distinguere la forma centrale dalla periferica;

4) **Test di disidratazione**, consistente nel confrontare l'osmolarità urinaria ottenuta dopo deprivazione controllata di liquidi e somministrazione di vasopressina o desmopressina in un momento scelto: nel normale l'osmolarità urinaria dopo disidratazione risulta discretamente superiore all'osmolarità plasmatica (>500-600 mOsm/kg) e non aumenta significativamente (<9%) dopo desmopressina, mentre nel D.I.N. non viene ad essere modificata restando essenzialmente sovrapponibile all'osmolarità plasmatica; nel D.I.C. invece si osserva un incremento significativo (>90%) dell'osmolarità urinaria ed una riduzione dell'osmolarità plasmatica che prima della somministrazione di desmopressina era alquanto elevata;

5) **Esami neuroradiologici**

TERAPIA:
Il D.I.C. si tratta con un analogo sintetico dell'ADH, e cioè la **desmopressina** che può essere somministrato per via endonasale (spray) o per via orale. Esi-

ste anche la forma iniettabile che viene usata prevalentemente a scopo diagnostico nel test di assestamento o per altre indicazioni terapeutiche.

La desmopressina ha una durata d'azione variabile compresa tra 8 e 24 ore, per cui è necessario cercare di individualizzare il trattamento. In genere si consiglia cominciare con dosi minime (uno spruzzo = 5 g o una compressa da 0.1 mg) che vanno aumentate sino ad avere una diuresi quotidiana normale o leggermente superiore.

Inoltre si consiglia dividere la terapia in 2 somministrazioni giornaliere uguali o con dosaggio maggiore la sera per evitare comparsa di enuresi notturna. La somministrazione orale si accompagna ad una risposta più lenta rispetto a quella endonasale, ma è sicuramente più pratica.

Il D.I.N. si avvale invece di una dieta iposodica e dell'uso di diuretici tiazidici (es. idroclorotiazide 1-3 mg/kg/die in 2 somministrazioni); nei casi resistenti si associa l'indometacina alla dose di 1-3 mg/kg/die in 2 dosi.

L'effetto paradossale dei diuretici tiazidici avviene poiché la deplezione di Na sembra aumentare il riassorbimento tubulare prossimale di Na e H₂O; alla porzione difettosa dei tubuli pertanto arriva una quantità minore di acqua.

Pediatria

Sempre meno antibiotici....

Reflusso vescicoureterale e pielonefrite acuta del bambino: inutile profilassi antibiotica.

Lo scopo della somministrazione prolungata di antibiotici nei pazienti con VUR consiste nel mantenere sterile il tratto urinario, prevenendo lo sviluppo di pielonefriti acute e la formazione di cicatrici renali. Attualmente, le opzioni terapeutiche considerate per i pazienti con VUR consistono nella chirurgia per la correzione del reflusso o nell'uso della profilassi antibiotica urinaria. Finora, non vi erano stati studi prospettici che avessero paragonato l'uso di quest'ultima opzione con l'osservazione ed il pronto trattamento delle infezioni del tratto urinario alla loro comparsa. In base al presente studio, dopo un anno di monitoraggio, la VUR lieve-moderata non aumenta l'incidenza di infezioni del tratto urinario, pielonefriti o cicatrizzazione renale a seguito di un episodio di pielonefrite acuta. Inoltre, lo studio non supporta il ruolo della profilassi antibiotica urinaria nella prevenzione delle recidive delle infezioni e dello sviluppo delle cicatrici renali. (*Pediatrics*. 2006; 117: 626-32)

Infettivologia

In attesa della ormai prossima influenza...da mass media, "Nature" ci chiarisce qualche dubbio.

Influenza aviaria: perché la trasmissione interumana è rara?

La trasmissione interumana dell'influenza aviaria H5N1 è rara, e la ricerca dovrebbe aver individuato la ragione alla base del fenomeno: essa consiste in differenze anatomiche nella distribuzione dei recettori per il virus influenzale nelle vie aeree. I recettori che legano i virus influenzali umani sono collocati sulle cellule epiteliali delle vie respiratorie superiori, e pertanto tramite tosse e starnuti i virus si trasmettono facilmente per via aerea. I recettori per il virus dell'influenza aviaria invece si trova in bronchioli ed alveoli, e ciò spiega come mai nel polmone si possa avere una replicazione efficiente del virus ma la trasmissione interumana rimanga rara. Nel tempo, il virus potrebbe mutare ed iniziare a legarsi a livello delle vie aeree superiori: benché ciò sia preoccupante, probabilmente non sarebbe abbastanza per creare una pandemia. (*Nature* 2006; 440: 435-6)

Un Sito...degli altri:

Contro la tendenza di "schedare" bambini irrequieti e indisciplinati o anche solo "non controllati" come "malati mentali" (ADHD?) è recentemente nato ... "Giù le Mani dai Bambini".

(www.giulemanidaibambini.org)



Questo è il sito più rappresentativo italiano con focus sui disagi dell'infanzia: raggruppa quasi cento associazioni di volontariato e promozione sociale, le quali rappresentano tramite i propri iscritti oltre 8 milioni di italiani.

"La scommessa è stata quella di aggregare in un comune tavolo di lavoro realtà delle più differenti estrazioni e sensibilità, non necessariamente del settore pediatrico, le quali si sono impegnate a mettere a disposizione una quota del proprio tempo e delle proprie risorse ogni anno al fine di sostenere progetti e campagne sociali a favore dell'infanzia, ed in particolare a favore dei bambini italiani: non l'infanzia lontana - che pure merita la massima attenzione - ma il bimbo che soffre dietro la porta accanto alla nostra."

"Giù le Mani dai Bambini" si sta quindi impegnando in questi anni in un grande progetto di informazione/formazione che in soli due anni è diventato una visibile campagna di farmacovigilanza per l'età pediatrica in Italia. Il caso più dibattuto nel sito riguarda le sempre più numerose diagnosi di "sindrome da deficit di attenzione e iperattività". L'uso di terapie farmacologiche, infatti, fin troppo spesso nascondono un modello medico-biologico della psichiatria odierna, che riconduce ogni problema psicologico o comportamentale a disfunzioni di carattere strettamente fisiologico, tralasciando invece altre possibili cause quali quelle sociali od ambientali.

A questo si aggiunge il sottovalutato utilizzo di metodologie pedagogiche o semplicemente educative.



INCONTRI PAIDOS 2006-2007

2 Dicembre:
Gastroenterologia e nefrologia
S. Cucchiara, P. Ferrara

In fase di accreditamento
ECM

17 Febbraio:
Endocrinologia
G. Bartolozzi, F. De Luca, M. Caruso, G. R. Burgio

In fase di accreditamento
ECM

21 Aprile:
L'asma
S. Miceli Sopo, F. Di Forti

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.

