

note di cultura per il pediatra

a.c.p.

Paiδòs

Anno 5 N. 4 - Ottobre - Dicembre 2004



Giorgio Bartolozzi
La tosse

Intervista a Rino Agostiniani
Occhio medico
occhio ecografico?





Direttore responsabile
Francesco La Magna

Direttore
Alberto Fischer

Comitato Scientifico
Giorgio Bartolozzi
Lorenzo Pavone
Gino Schilirò

Responsabile di redazione
Antonino Gulino

Comitato di redazione
Salvo Bonforte
Filippo Di Forti
Vito Marletta
Giuseppe Mazzola
Salvatore Spitaleri

Collaboratori
Angelo Fazio
Daniela Ginex
Gino Miano
Antonio Russo
Maria Libranti
Renato Scifo
Paolo Vigo
Raffaele Falsaperla
Giusy Germania
Maria Rita Allegra
Francesco Privitera

Segreteria e Grafica
A.S.C. Europromo
Tel 347 7792521
Fax 095 472387
redazione.paidos@tiscalinet.it

Stampa Litografia
LA ROCCA
Giarre (CT)

Questo periodico è distribuito gratuitamente ai pediatri

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

EDITORIALE

Buon anno

di Alberto Fischer

Non si può dire che il 2004 ci abbia lasciato in maniera serena e fiduciosa. Lo tsunami, questa iperbolica forza della natura, ha tragicamente azzerato nomi, vite, storie, ambienti, e ciò nel breve attimo di poche ore. Molte sono le riflessioni che tali eventi sono in grado di generare ed ognuna è filtrata dal nostro grado di coinvolgimento individuale, dalla capacità partecipativa, dal modo di vedere la vita e i suoi aspetti anche più tragici, dalla speranza e dalla fiducia negli altri, dal grado di indifferenza o di tolleranza, ma non c'è dubbio che emerge l'aspetto più positivo di un processo di globalizzazione che per altri versi offre molti spunti di critica. Voglio sottolineare soprattutto la comune sensazione di sentirci improvvisamente, anche se tragicamente, parte indispensabile di un tutto, molto più esteso dei confini della nostra casa o della nostra patria e ciò ci spinge a "fare" qualcosa, ad intervenire su quella sofferenza che è anche nostra.

Così queste tragedie fanno rilevare tutta una serie di azioni partecipative singole o collettive che permettono di ricredersi sulla natura umana. Anche se non mancano scellerate eccezioni di cui i bambini sono, come sempre, vittime preferite. Educare, educare, educare! Questo dovrebbe essere il nostro compito principale evitando di medicalizzare ogni problema. La malattia nasce dentro di noi e vi contribuiscono in maniera determinante non i batteri o i virus ma il nostro interno malessere, l'impossibilità a comunicare, le costrizioni sociali, i falsi miti e i falsi dei.

Dal prossimo numero una novità. Come potrete osservare la nuova guida di questo piccolo periodico sarà Nino Gulino, a cui con piacere passo il testimone, convinto che saprà fare meglio di me. Chi mi conosce sa che tengo poco ai ruoli e sempre ho sostenuto gli aspetti negativi della loro cristallizzazione temporale. Del resto il nostro nucleo operativo ha capacità interscambiabili che una lunga comunanza di idee ha consolidato permettendo in parte il successo che avete attribuito al nostro periodico come ai corsi da noi organizzati. E ritengo Nino, che tanto si è battuto per la riuscita di Paidòs, l'erede più adeguato senza con questo celare i meriti degli altri colleghi. Maria Libranti sarà la sempre attenta vicedirettore mentre Ciccio Privitera sarà il nuovo coordinatore di redazione.

Un augurio di buon lavoro a questo simpatico trio e un augurio a tutti di un 2005 che sia sempre più di unione, di comprensione, di tolleranza e di amore, sia nei momenti sereni che in quelli meno sereni.

SOMMARIO

- 3 Editoriale
- 6 Gli antidepressivi, abuso o caccia alle streghe
- 8 Soffio cardiaco
- 9 Il sito di G. Mazzola
- 12 Occhio medico occhio ecografico?
- 19 Depressione e dolori articolari

RUBRICHE

- 4 La rubrica di Giorgio Bartolozzi
- 10 La nuova legge sulla privacy
- 11 Digiamocelo
- 14 Un pediatra al cinema
- 14 L'angolo della poesia
- 15 La posta di Albertino
- 16 L'allergonauta
- 17 Lo stupidiatra
- 18 Clinical game
- 19 Recensioni
- 20 Pillole di endocrinologia
- NEWS DALLA RETE
- 22 Farmaci, pochi e "Off-label"...
- Progetto ARNO-Pediatria... meglio saperlo!

Copertina
(foto di M. Libranti)

E' uno dei segni più comuni in patologia pediatrica e, spesso, un vero problema diagnostico, soprattutto nelle forme ricorrenti o croniche.

La tosse

spesso è un falso allarme

di Giorgio Bartolozzi



I dati ARNO 2004 fanno osservare come i farmaci definiti come "respiratori", o "R" secondo la classificazione ATC, sono al secondo posto subito dopo gli antimicrobici, costituendo il 35% di tutte le prescrizioni nei bambini.

Ciò ci da l'esatta sensazione della prevalenza di tale problema. I recettori della tosse si trovano in diversi distretti delle vie respiratorie, e non solo a livello delle basse vie, ma si riscontrano anche nella membrana del timpano, dei seni paranasali, del naso, pleura e diaframma.

Ciò ci fa comprendere

come la tosse sia un sintomo comune a diverse patologie: otite, sinusite, bronchite, broncopolmonite, pleurite, ecc...

Da un punto di vista clinico possiamo distinguere una forma acuta, una cronica ed

una ricorrente. La diagnosi è più semplice nella forma acuta, che stagionalmente permette di riempire gli studi pediatrici.

Come sempre è necessario ricorrere ad una corretta anamnesi ed ad un'attenta ispezione clinica se vogliamo aver successo diagnostico e terapeutico.

Alcuni dati, in assenza di

un reperto polmonare, possono esser di guida.

Così una tosse prevalentemente notturna che si accompagna a scolo nasale mucopurulento può indirizzarci verso una sinusite o, in assenza di quest'ultimo, verso un'otite. Maggiori difficoltà possono insorgere di fronte ad una forma ricorrente o cronica ed il sospetto che sia un epifenomeno allergico non sempre è sostenibile dall'attenta osservazione clinica e temporale del bambino.

Le cause delle forme ricorrenti o croniche sono diverse, e bisogna prenderle tutte in considerazione (Tab.1).

Tab.1

CAUSE DI TOSSE RICORRENTE O CRONICA

- Psicogena
- Iperreattività recettori
- Infezioni vie aeree superiori ed inferiori
- Malattie allergiche
- Reflusso gastro-esofageo
- Corpo estraneo
- Alterazioni vie aeree: bronchiectasie, fibrosi cistica, fistola esofago-tracheale, difetti della clearance muco ciliare
- ACE inibitori

Di recente si è posta l'attenzione sulla tosse da iperreattività dei recettori della tosse. Questo tipo di tosse è particolarmente fastidiosa e disturba il sonno del bambino e dei genitori, costituendo causa di frequentazione costante dello studio pediatrico, con pochi risultati in termini di efficacia dei presidi terapeutici messi in atto (tab.2).

E' secca, continua, prevalentemente notturna, spesso susseguente ad una banale infezione delle vie aeree superiori.

E' frequente una correlazione con una storia familiare positiva e non ha alcun collegamento con l'asma e la iperreattività bronchiale.

Fino alla identificazione di questa iperreattività recettoriale tale tipo di tosse veniva considerata come un epifenomeno asmatico, ma le terapie indicate per l'asma, come gli steroidi o i beta2-stimolanti, non avevano e non hanno alcuna efficacia.

Vi è un'eccessiva sensibilità alla capsacina e vi è un'attenuazione o scomparsa dopo l'età di 4-6 anni, con rari casi di viraggio verso aspetti tipicamente asmatici. Cosa fare?

Soprattutto rassicurare, spiegando l'origine della tosse. La comunicazione già di per sé è sufficiente a dare un 50% di successi, soprattutto sul piano relazionale.

Suggerimenti aggiuntivi possono essere quelli di ritornare al latte/miele e di far arieggiare le stanze dove dimorano i bambini.

Tab.2

Caratteristiche della tosse da iperreattività recettoriale

- Nessun effetto dei corticosteroidi
- Nessun effetto dei beta2-stimolanti
- Eccessiva sensibilità alla capsacina

^{a.c.p.} Paidòs INFORMA

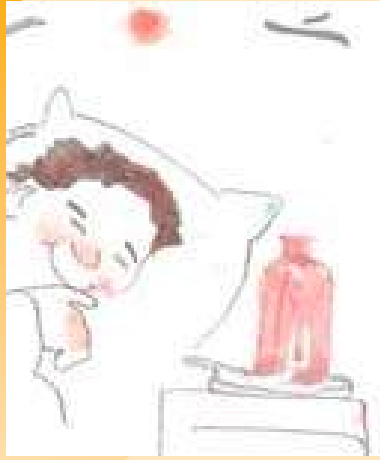
INCONTRI PAIDOS 2005

- 19 Febbraio 2005: *Alla periferia del S.N.* Accreditato ECM con 5 crediti
- 14 Maggio 2005: *Occhio che non vede* In fase di accreditamento ECM
- 4 Giugno 2005: *Note di NPI* In fase di accreditamento ECM
- 24 Settembre 2005: *L'arto che soffre* In fase di accreditamento ECM
- 8 Ottobre 2005: *La gestione del bambino con patologia endocrina* In fase di accreditamento ECM
- 5 Novembre 2005: *Schegge di allergologia* 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.

I nuovi farmaci, più maneggevoli anche se non sempre più efficaci, hanno costituito un'arma in più per cercare di contenere la depressione infantile e limitarne le evoluzioni



Gli antidepressivi abuso o caccia alle streghe.

di Renato Scifo

Nel 2002 su un totale di 568.770 pazienti italiani al di sotto dei 18 anni, risulta che 1.600 (2,8 per 1000) di essi hanno ricevuto almeno un antidepressivo, 1.200 un SSRI (inibitori selettivi della ricaptazione di serotonina) e 297 un antidepressivo triciclico. Due terzi delle prescrizioni erano rivolte ad adolescenti dai 14 ai 17 anni; l'incidenza di queste prescrizioni è più bassa rispetto a quella riportata negli USA (1-2%) e nei Paesi Bassi (4,4 per 1000), ma tra il 2000 e il 2002 le prescrizioni di SSRI sono aumentate di 4,5 volte, come in tutti i paesi europei.

L'allarme è stato amplificato dai media e da iniziative della magistratura italiana riguardo eventi avversi drammatici connessi all'utilizzo di tale categoria di farmaci. L'evento avverso in questione è il tentativo suicidario e il suicidio.

Cerchiamo di analizzare la questione secondo i criteri della medicina basata sulle evidenze.

Tutti i trial di sperimentazione clinica di psicofarmaci in età evolutiva presentano i limiti di ridotta numerosità dei casi, limitato periodo di analisi e follow-up, disegni di ricerca molto spesso in open, difficoltà di attuazione di studi in doppio cieco.

Da diversi anni in neuropsichiatria infantile si sono adoperati gli antidepressivi di vecchia generazione, cioè i cosiddetti triciclici, di cui si conoscevano perfettamente gli effetti collaterali potenzialmente pericolosi (tossicità cardiaca e tiroidea, effetti anticolinergici). Ciò non ne ha precluso l'utilizzo off-label (attento, limitato, monitorato), nell'affrontare le manifestazioni spesso acute e pericolose di episodi depressivi maggiori soprattutto in adolescenza, ad alto rischio suicidario.

L'arrivo degli antidepressivi SSRI ha chiaramente ridotto, senza alcun dubbio scientifico, il rischio di effetti collaterali di tipo farmacologico, di assuefazioni e dipendenza, con addirittura una molecola, la sertralina, che ha ricevuto l'indicazione specifica per l'età evolutiva su foglietto illustrativo, con evidenza di indicazione sia antidepressiva che antiosessiva. Teniamo conto che tutti i dati epidemiologici registrano un aumento, legato a variabili socioambientali a tutti note, della psicopatologia infantile e adolescenziale con notevole spazio occupato dai disturbi depressivi.

I nuovi farmaci, più maneggevoli anche se non sempre più efficaci, hanno costituito un'arma in più per cercare di contenere il fenomeno e limitarne le evoluzioni. Ciò ha inevitabilmente ampliato la prescrizione di tali farmaci soprattutto in quei paesi, quali gli USA, in cui la disponibilità di molecole quali la Fluoxetina (il celebre Prozac) non è stata filtrata da limiti di prescrivibilità solo da parte di specialisti ed è stata oggetto certamente di eccessivo interesse dei media, perlomeno sospetto.

Ebbene, durante alcune revisioni critiche di casistiche, l'osservazione che un certo numero di pazienti trattati con SSRI ha manifestato attitudine suicidaria, statisticamente non significativa di per sé ma maggiore rispetto a pazienti trattati con placebo, ha fatto scattare l'allarme.

Tuttavia tutti gli specialisti sanno che l'ideazione suicidaria o l'agito suicidario è una delle possibili evoluzioni della storia naturale della depressione maggiore, pertanto l'antidepressivo viene prescritto proprio per limitare quest'evenienza da sempre possibile, per cui se si verifica un suicidio la prima analisi che vada oltre la lettura ottusa delle statistiche dovrebbe essere: è sufficientemente efficace quel farmaco? Quanto garantisce la nota latenza d'azione di tali molecole (anche 4-5 setti-

mane) dal prevenire l'irrompere spontaneo del rischio suicidario? La minore incidenza (non assenza) in soggetti trattati con placebo, se si studiano le metodologie d'inclusione, evidenziano una intuibile maggiore gravità nei pazienti trattati con SSRI poiché eticamente nessuno autorizzerebbe un placebo per gravi stati depressivi.

La possibilità di una "sindrome da attivazione", rispetto alla inibizione tipica di alcuni quadri depressivi, causata da tali farmaci che indurrebbe l'agito suicidario in chi ha un'ideazione autolesiva su base psicotica, è l'unico aspetto possibile in alcuni casi, osservato solo con alcune molecole, a determinate posologie e in alcuni dei numerosi sottotipi clinici della depressione.

Pertanto appare altamente auspicabile che istituzioni scientifiche e organismi preposti stimolino una corretta sperimentazione scientifica indipendente, cioè non finanziata dall'industria farmaceutica, per poter definire linee guida di corretta pratica e di individuazione di farmaci di prima scelta, con schemi posologici adeguati, all'interno di procedure prescrittive che dovrebbero prevedere sempre l'eventuale utilizzo dell'antidepressivo come uno dei momenti di un intervento multimodale, che parta da una corretta diagnosi fenomenologica e strutturale, con l'individuazione di concause ambientali su cui intervenire, integrato con fondamentali interventi psicoterapici, secondo le diverse metodologie accreditate, a seconda delle caratteristiche psicologiche dell'individuo.

La rete dei Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza italiana è in grado di attuare tali prassi di corretta "presa in carico" globale, a patto di una corretta collaborazione con i pediatri di base all'interno di garanzie normative, basate su corretta evidenza scientifica, a tutela dei pazienti e degli stessi operatori sanitari.



Il riscontro casuale di un soffio cardiaco in un bambino è quasi sempre motivo di allarme e preoccupazione nei genitori, che rapidamente richiedono un approfondimento diagnostico da parte di uno specialista.

Soffio cardiaco iter diagnostico

di Raffaele Falsaperla

Il pediatra stesso deve saper individuare se un soffio sia innocente o patologico, in modo da non suscitare timore nei genitori.

Ma cosa sono i soffi cardiaci? Sono dei rumori che si apprezzano all'ascoltazione del cuore e sono essenzialmente provocati da un flusso turbolento all'interno del cuore, come per esempio, i vortici. Possono essere apprezzati in tutte quelle condizioni che determinano un aumento della frequenza cardiaca (subito dopo un esercizio fisico, in corso di febbre, anemia, ecc.), anche in soggetti praticamente normali. E' indicato compiere, a tal proposito, un'attenta valutazione delle condizioni cliniche del bambino. L'assenza di turbe della crescita e dell'alimentazione, di cianosi, di ippocratismo digitale delle mani e dei piedi, di tachicardia, di un itto pulsante al precordio e la presenza dei polsi periferici regolari e simmetrici negli arti superiori ed inferiori, escludono un coinvolgimento cardiovascolare.

Ma quali caratteristiche bisogna valutare nel riscontro di un soffio cardiaco? In primo luogo stabilire la cronologia nei riguardi del ciclo cardiaco, cioè se occupa la prima, l'ultima o l'intermedia parte della sistole o diastole (proto-meso-telesistolici o diastolici). I soffi che occupano tutta la sistole o diastole si dicono rispettivamente olosistolici o oloediolici.

Un'altra caratteristica da considerare è l'intensità del soffio. I soffi sistolici sono divisi in gradi da 1 a 6 secondo la scala Levine, mentre i diastolici da 1 a 4. tutti i soffi che hanno un'intensità superiore a 3 sono associati ad un'anomalia cardiaca. Si deve, inoltre, valutare la tonalità del soffio, la sede di maggiore intensità e la sua irradiazione.

Un soffio innocente ha delle caratteristiche ben definite che permettono di diagnosticarlo, con sicurezza, in base al solo esame clinico. Si presenta sistolico, di breve durata, poco o niente irradiato, si accompagna a toni normali e soprattutto può variare con i cambiamenti della postura. Uno dei più comuni soffi cardiaci innocenti è il soffio di Still, rilevato spesso nei bambini tra 3 e 8 anni, in presenza di febbre e tachicardia. E' un soffio breve, di intensità 2/6, localizzato al mesocardio e varia con i cambiamenti di posizione e con la respirazione.

Il soffio sistolico basale di eiezione, invece, è udibile nel 2°-3° spazio intercostale, di intensità inferiore (1-2/6) che si evidenzia spesso nei bambini più grandi e negli adolescenti. Si accentua in tutte quelle condizioni che comportino un aumento della gittata, come un'emozione, uno sforzo fisico, il passaggio ad una posizione supina, ecc.

Il soffio venoso, spesso riscontrabile nel bambino in posizione supina o eretta, è un soffio continuo, di ridotta intensità che si ascolta sui focolai della base, causato dai vortici che si generano nelle grosse vene del collo. Può essere scambiato con il soffio che caratterizza la pervietà del dotto di Botallo o fistole arterovenose. Un'utile manovra consiste nel far compiere alla testa vari movimenti (verso destra o sinistra, in alto o in basso) al fine di ridurre il ritorno venoso. Tale rumore si attenuerà moltissimo, fino, talvolta, a scomparire.

In base a quanto detto, come dovrà comportarsi il pediatra di fronte al riscontro di un soffio cardiaco?

Bisogna innanzitutto considerare che in tutti quei neonati di età superiore a 2-3 mesi il soffio cardiaco, non rappresenterà mai una malformazione cardiaca congenita grave. Infatti tali malformazioni generalmente si manifestano nel primo mese di vita. Quindi, in tutti gli altri casi, solo quando il pediatra non sarà in grado di riconoscere se il soffio è innocente o patologico, prescriverà una visita cardiologica con elettrocardiogramma che permetterà di

escludere ogni dubbio. Sarà poi il cardiologo pediatra, se lo riterrà veramente indispensabile, che deciderà di eseguire un'ecocardiografia-color-doppler.

Una volta tranquillizzati i genitori sulla natura funzionale del soffio cardiaco, una delle domande che più frequentemente viene posta al cardiologo o allo stesso pediatra è se mai il soffio passerà nel tempo. Generalmente possiamo rispondere di sì, perché il rumore del flusso del sangue all'interno del cuore, verrà trasmesso con più difficoltà all'esterno della gabbia toracica che è diventata, con la crescita del bambino, più grande. Quindi possiamo dire, semplicemente, che il soffio è sempre presente ma non si riesce più a sentirlo. In alcuni soggetti, invece, nei quali continua ad essere presente, non è motivo di preoccupazione ma solo è legato sempre ad una buona trasmissione della gabbia toracica.

In conclusione è importante sottolineare il concetto della natura benigna dei soffi innocenti o funzionali e pertanto la loro presenza non deve determinare alcuna limitazione riguardo l'attività professionale, sportiva ed agonistica.

Nessuno è abbastanza esperto da conoscere tutti i vocaboli dell'informatica, anche perché ne nascono sempre di nuovi. E allora il nuovo dizionario informatico Dizionet (www.dizionet.it), il dizionario su internet, offre una raccolta di parole consultabile utilizzando l'apposito motore di ricerca. Dizionet è un sito in continuo aggiornamento anche grazie agli utenti che fanno le loro segnalazioni. Tutte le definizioni fornite, precisano i promotori del progetto, sono fonte di letture e studi, molte sono ricavate da manuali e modificate secondo le conoscenze individuali. Copiando ed incollando sulla propria pagina un semplice codice Java o Html è possibile mettere a disposizione la ricerca di un termine informatico direttamente dal proprio sito.

Il desiderio di fornire informazioni non solo culturali ma anche utili per la nostra attività professionale ci ha spinti a cercare la collaborazione di un vecchio amico, Paolo Vigo, valido medico legale, per chiarire alcune normative con le quali dobbiamo quotidianamente confrontarci. Il primo argomento è il nuovo Decreto Legislativo 196/03.

La nuova Legge sulla Privacy

di Paolo Vigo

In data 27/06/2003 è stato approvato dal Consiglio dei Ministri il testo unico in materia di protezione dei dati personali denominato "Codice della Privacy" (D. Lgs. 30/06/03 n. 196), ispirato all'introduzione di nuove garanzie per i cittadini. Il provvedimento, sulla base dell'esperienza di sei anni di vigenza della precedente legge in materia (n. 675/96), contiene importanti innovazioni alla luce della "giurisprudenza" dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali e della direttiva UE 2000/58 sulla riservatezza nelle comunicazioni elettroniche.

Nell'ambito dell'obbligo generale previsto dall'art. 31 del Codice di ridurre al minimo la possibilità che i dati vadano incontro a distruzione o vengano divulgati anche in maniera accidentale, la nuova legge impone, ai titolari di trattamenti di dati personali, e quindi anche e soprattutto ai medici nell'esercizio della loro professione, il dovere di adottare, entro il 30/06/2005 (precedentemente l'obbligo era stato fissato alla data del 30/06/2004 e successivamente prorogato al 31/12/2004), le cosiddette "misure minime" e di redigere il Documento Programmatico in materia di Sicurezza (DPS).

Le "misure minime", già previste dalla vecchia legge, sono costituite dall'insieme di quegli accorgimenti tecnici ed organizzativi che il titolare di un trattamento di dati personali deve adottare per assicurare almeno il livello minimo di sicurezza per la protezione di tali dati. Il nuovo Codice introduce il concetto che le "misure minime" sono solo una parte degli accorgimenti obbligatori in materia di sicurezza, in quanto vi è non solo il dovere di custodire tali dati ma anche l'obbligo di introdurre ogni utile dispositivo di protezione legato alle nuove conoscenze tecniche. In altre parole, considerato che tutti o quasi tutti trattiamo i dati dei nostri pazienti al computer (cartella clinica, ricetta elettronica, ecc.) occorre adottare un sistema di autenticazione informatica (credenziali di

autenticazione e password), occorre prevedere aggiornamenti periodici dei programmi al fine di prevenire la vulnerabilità degli strumenti elettronici e vi è la necessità di adottare procedure per la custodia di copie di sicurezza dei dati, tecniche di cifratura o codici identificativi al fine di tutelare la privacy dei nostri pazienti.

In un primo momento dall'interpretazione della legge si era pensato che l'obbligo di redigere il DPS fosse limitato ai soli soggetti privati ed alle amministrazioni pubbliche, ma poiché gli esercenti le professioni sanitarie (cioè tutti noi) trattiamo sicuramente dati sensibili ovvero "dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale" dei nostri pazienti anche noi abbiamo l'obbligo di redigere il DPS e di adottare tutte le altre "misure minime" previste dalla legge. Per quanto ci riguarda va segnalato che è stata semplificata l'informativa da rilasciare ai pazienti e gli stessi possono manifestare il consenso al trattamento dei dati con un'unica dichiarazione resa al medico di famiglia o al pediatra di libera scelta.

Per il settore sanitario vengono inoltre codificate misure per il rispetto dei diritti del paziente quali: distanze di cortesia, certezze e cautele nelle informazioni telefoniche, estensione delle esigenze di riservatezza anche agli operatori sanitari non tenuti al segreto professionale (segretarie di studi medici). Tra queste era stata inserita anche la normativa che prevedeva l'obbligo di non chiamare per nome i pazienti nelle sale d'attesa dei medici di famiglia ma, fortunatamente e direi anche coscienziosamente, nel febbraio del 2004 l'Autorità Garante ha precisato che le misure da adottare per tutelare le persone nelle situazioni di promiscuità o in occasione di prestazioni sanitarie, devono interessare solo le strutture sanitarie e non le anticamere dei singoli medici di base, i quali hanno un rapporto diverso e più personalizzato con i propri assistiti.

Ci aspettano sei mesi particolarmente impegnativi dove dobbiamo fare tutti gli sforzi possibili per adeguarci alla nuova normativa in quanto la mancata adozione delle "misure minime" previste dalla nuova legge è reato punibile penalmente.

DI GIAMOCELO...

Mi sembra di sottolineare l'ovvio dicendo che ad ognuno di noi, presto o tardi (speriamo il più tardi possibile), capiterà d'indossare un pigiama al posto di un camice, divenendo in quell'attimo un "paziente dottore", più incline, com'è noto, a patire malattie indagnosticabili e complicanze di ogni genere. E' vano pensare che l'appartenere alla categoria dei medici possa garantirci ogni privilegio: né l'agio economico (non sempre si trova posto in intra-moenia), né il vantaggio di essere "colleghi" potranno evitarci l'esperienza, non sempre esaltante, d'essere un paziente qualsiasi, vittima di un servizio sanitario che, a volte, lascia sconcertati.

Credo, tuttavia, che questo punto di vista come dire... "orizzontale" dei malati ricoverati, sia talmente interessante ed istruttivo da poter diventare un'utile risorsa. Capisco che possa sembrare una proposta ardita, ma io un periodo di "ricovero obbligatorio" lo inserirei nei piani di studio dei medici e dei paramedici. Pensate che magnifica palestra!!! Capirebbero certi colleghi un po' "baroni" che l'essere medici non autorizza a dare del "tu" indistintamente a tutti i pazienti. L'odioso atteggiamento, lungi dall'essere democratico (il "tu" non è mai reciproco), sottolinea il "complesso di superiorità" dei colleghi che ne sono affetti, i quali assumono toni univocamente confidenziali e falsamente paternalistici. E che dire di quegli infermieri che usano rivolgersi agli ammalati più anziani, di cui non si curano di ricordare il nome, con un confidenziale ed irrisuocoso 'nonno' o 'nonna', sempre accompagnato dalla tenace convinzione che gli anziani, in quanto tali, siano tutti automaticamente dei "rimbecilliti", da trattare adeguatamente.

Non sarebbe male che, per un adeguato periodo di formazione, anche i "manager" si ricoverassero nei nosocomi che dovranno poi dirigere.

Il Direttore sanitario dell'U.O. Cannizzaro, per esempio, se trascorresse qualche giorno da malato nel reparto di ortopedia dell'ospedale da lui diretto, ne ricaverrebbe dati assai interessanti.

Nel reparto sembra possibile che tre soli infermieri si occupino di 35 ammalati completamente inabili (per ovvi motivi). D'altronde il gran numero di posti letto deve essere uno stimolo alle nuove sperimentazioni

tra cui quella per ridurre il dolore post-operatorio. Funziona così: se ti rompi un osso devi attendere almeno 7-8 giorni prima di essere operato, solo così avrai ottime probabilità di fare le piaghe (di materassi antidecubito, va da sé, ne anche l'ombra!) e... voilà, il gioco è fatto, dopo l'intervento, impegnato come sarai a spruzzare *katoxyx* sulle piaghe urenti, non avvertirai nemmeno la presenza della ferita post-operatoria.

Gli infermieri poi, sempre "disponibili" e "gentili", applicano innovativi sistemi di trattamento delle piaghe. Se, per sua "fortuna", qualche anziana ricoverata si trova a giacere sui propri escrementi non verrà ripulita prima di 6-8 ore; non è certo disattenzione ma l'opportunità di usufruire, come a tutti è noto, del potere riepitelizzante e disinfettante delle feci.

Non parliamo poi della grande cura per la dieta (dimagrante, s'intende); se un ricoverato non è in condizioni di alimentarsi da solo, fanniente, è una magnifica occasione per non perdere la linea e dunque il vassoio, intatto, viene prontamente ritirato.

I volteggi delle zanzare che, riguardo a dimensioni, ricordano più talune esotiche specie di colibrì che i fastidiosi insetti domestici, passano inosservati tra tanto dolente disagio.

Non dubito che il reparto potrà vantarsi dell'apporto di validi e qualificati professionisti che faranno del loro meglio per ridurre i tempi di attesa in sala operatoria; tuttavia mi chiedo, incapace di individuare un responsabile, se il Direttore sarebbe lieto di passare otto giorni con un osso fratturato in una stanza con altri tre compagni di sventura (più o meno rumorosamente sofferenti), assistito molto approssimativamente e piuttosto rudemente dal personale infermieristico che, mentre si dichiara stressato per il carico di lavoro, è tuttavia determinato nella volontà di allontanare i parenti dei malati (elementi di sicuro intralcio tra tanta ineccepibile efficienza). La domanda è evidentemente retorica, ma il problema che la suscita è tragicamente reale. *Digiamocelo!*

Medici in pigiama

di Maria Libranti



Lo sviluppo e la diffusione delle tecniche ecografiche hanno certamente cambiato l'approccio medico sostituendosi quando possibile alla semeiotica medica. Nasce il dubbio di un abuso della metodica.

L'incontro con Rino Agostiniani, pioniere dell'ecografia pediatrica, in occasione del congresso della SIP siciliana ci ha permesso di avere un'opinione molto qualificata sull'argomento.

Dott. Gulino: Dott. Agostiniani pensa che l'ecografia sia diventato uno strumento indispensabile per ogni pediatra?

Dott. Agostiniani: L'ecografia è uno strumento potentissimo, soprattutto grazie ai progressi tecnologici che negli ultimi anni si sono verificati e che hanno accresciuto enormemente la possibilità di studio di molti distretti dell'organismo. Va sottolineato però che questa diffusione della tecnica ecografica è avvenuta in una situazione priva di regole, cioè non esistono delle regole ben precise su chi può fare l'ecografia, come debbono esser fatte, dei criteri di accreditamento delle strutture e delle persone che effettuano l'ecografia. E questo ha portato, secondo me, ad un livellamento verso il basso della qualità dell'ecografia, perché la fanno troppe persone spesso senza avere avuto un percorso formativo adeguato, proprio nel momento in cui la tecnologia ci consentirebbe di avere dei risultati eccellenti.

Addirittura una quindicina di anni fa in un articolo su "J.A.M.A" questo stesso problema veniva affrontato negli USA, e un radiologo americano intitolava il suo articolo "Ultrasuoni, lo stetoscopio del futuro, ahimè" proprio per sottolineare le grandi potenzialità dello strumento, però anche il rischio di avere un

esame ecografico il cui valore cambia in funzione dello strumento e della persona che lo esegue.

G. : Dove l'ecografia ha inciso in modo rilevante nella diagnostica clinica?

A.: Al primo posto metterei la diagnostica ecografica cerebrale che ha veramente modificato le conoscenze su quella che è stata la patologia, sia emorragica che "ipossicoischemica" del neonato e ancor più del neonato pretermine. A cavallo fra gli anni '80 e '90, noi abbiamo avuto una esplosione di conoscenze in questo ambito che ci hanno veramente fatto capire tanto e noi oggi abbiamo dei criteri di sorveglianza estremamente precisi ed affidabili della patologia neurologica del neonato.

Al di fuori dell'ambito neurologico, direi, rimanendo sempre sull'età neonatale o del piccolo lattante, l'ecografia delle anche, con i limiti della cattiva organizzazione di molti

programmi di screening. Ma in quelle realtà, tipo Ferrara, dove è stata impostata in maniera adeguata, ha sicuramente contribuito alla diagnosi più precoce, più attenta della displasia evolutiva dell'anca. Anche qui ritorna un discorso detto precedentemente, non è sufficiente chiedere un'ecografia delle anche, bisogna affidarsi a persone con competenze, che siano in grado non solo di eseguire l'esame, ma poi anche di dare il consiglio più giusto in funzione del risultato dell'esame stesso, e quindi di dare anche una indicazione clinica alla persona che ha portato il proprio bambino ad eseguire l'esame.

G.: In tema di screening, cosa ne pensa dello screening neonatale per le patologie urinarie?

A.: Nella patologia dell'apparato urinario, io oggi non sono d'accordo sull'opportunità dell'esecuzione di un esame ecografico in tutti i nuovi nati come metodo di screening, perché

ritengo che gli svantaggi siano sicuramente superiori ai benefici di questo tipo di programma. Si corre il rischio di inserire un enorme numero di bambini sani in programmi di "follow up" anche perché una larga fetta della patologia che noi possiamo individuare, è una patologia diagnosticabile in utero e su questa noi possiamo incidere. L'ecografia riveste invece un suo ruolo nello studio del bambino che si presenta con una sintomatologia clinica, come la presenza di una massa, l'ematuria, un'infezione delle vie urinarie, oltre che strumento di "follow up", di tutte quelle situazioni di sospetta patologia che gli ostetrici ci segnalano all'ecografia prenatale.

Nell'ambito delle patologie urinarie quindi sia nella fase acuta, sia poi nella valutazione a distanza, un buon esame ecografico può essere uno strumento spesso sufficiente per la corretta gestione clinica del bambino.

G.: Nello studio dell'addome cosa ci può dire?

A.: Ci sono vari aspetti, alcuni di patologia per fortuna rare, nei quali l'ecografia di secondo livello può essere utile, tipo malattie infiammatorie croniche intestinali, ma anche qui bisogna trovare ecografisti che abbiamo veramente una preparazione specifica. In realtà nel nostro ambulatorio ecografico si fanno tantissimi esami per dolori addominali ricorrenti che nella grande maggioranza dei casi sono inutili.

Negli ultimi tempi sono aumentate le richieste nella diagnostica ecografica del reflusso gastroesofageo, la mia opinione ma anche l'opinione di una larga fetta della letteratura internazionale, è che non sia l'ecografia uno strumento valido per fare diagnosi di reflusso gastroesofageo. Se può avere un ruolo, può essere quello di ulteriore strumento di rassicurazione, chiamiamolo ansiolitico nei confronti di tutte quelle situazioni in cui il sintomo non è tanto la malattia da reflusso ma il rigurgito che tanto spaventa la madre, ed essere rassicurati da una esame strumentale può avere un suo significato, ma solo in questo senso, non è certo lo strumento sulla quale io decido se mettere o no un bambino in trattamento con un antiacido o con un altro farmaco.



Intervista a Rino Agostiniani

Occhio medico
occhio ecografico?

di Antonino Gulino



di Antonino Gulino

Il cinema è un'espressione artistica relativamente giovane, nata per stupire, meravigliare, per divertire, che ha acquistato nel tempo sempre più rilevanza culturale e sociale.

E' diventato specchio a volte fedele a volte deformante di una società in continuo divenire. Una premessa così generale mi serve per presentare l'ultima opera di Ken Loach, un autore ormai ultrasettantenne che è stato capace nel suo lungo percorso cinematografico di fotografare la realtà senza rinunciare ad esporsi, evitando fughe in improbabili sperimentazioni, ma facendo dell'impegno civile il filo conduttore della sua opera. Un cinema giudicato spesso fazioso, duro ma sincero, lucido, illuminato da un reale desiderio di partecipare, di non confondersi nella sempre più rumorosa schiera di intellettuali in cerca di sponsor.

Un bacio appassionato è il titolo del suo film, una difficile *love story* tra Casim, un giovane musulmano, e Roisin, una ragazza cattolica, in una Scozia falsamente liberale e multietnica. Una storia attuale che dà al regista la possibilità di parlare di integrazione, di

religione, ma soprattutto della difficile ricerca di identità del protagonista incerto tra un passato ed una tradizione che sente sempre più distante ed un presente dominato da una cultura in cui non si riconosce.

La sua famiglia ostacola in ogni modo la sua scelta, si aggrappa disperatamente alla propria tradizione per difendere la propria vita per non farsi trascinare da un universo consumistico di cui sono ormai parte. In una bellissima scena dove si incontrano le famiglie della sorella del protagonista con il futuro sposo, entrambe si ritrovano a parlare dei successi scolastici dei propri figli, dimenticando che essi nascondono la sconfitta del loro mondo, il pass per una integrazione negata ma nel contempo cercata.

Casim appare insicuro, dubbioso, a volte codardo, ma dietro la sua paura si nasconde il disagio di chi è sempre stato considerato diverso, estraneo.

I suoi dubbi sono comuni ai nostri adolescenti, divisi tra rabbia verso un mondo adulto, sordo ai loro bisogni, e desiderio di farne parte a pieno titolo. Casim comprende che la sua relazione non è ostacolata da motivi religiosi ma da ragioni politiche, che intravedono in questo legame la fine di privilegi economici e sociali.

L'autore non crede alle

L'angolo della poesia Vera Felicità

di Maria Rita Allegra

Se potessi impressionare
Sulla retina
Questo ballo di luci
Sul mare,
saprei possedere la felicità.
Se potessi bere
Tutta l'acqua di questo mare,
saprei cosa è la felicità.
Se potessi tenere tra le mani
Il pensiero tuo,
quella sarebbe vera felicità.

tanto gridate guerre di religione, ma riporta la propria analisi su un piano prevalentemente politico dominato dagli interessi economici. Un improbabile lieto fine chiude il film, l'amore sembra dirci Loach può dare una svolta nel privato, così come una politica più illuminata può far superare la terribile contesa che vede di fronte l'egoistica arroganza di un occidentale sempre più ricco ed un oriente sempre più povero, facile ostaggio di un fanatismo senza pietà.



la posta di Albertino

di Daniela Ginex



Caro dottore, come ogni anno, la mia famiglia si è seduta per tempo intorno a un tavolo per programmare il da farsi durante le festività. Una rapida verifica del bilancio domestico ha permesso di escludere categoricamente la possibilità di effettuare non dico un viaggio all'estero, ma perfino una serata nella trattoria familiare all'angolo "Da Ciccio il leccio". Si è così pensato di ripiegare su un cenone di capodanno a casa con i parenti, nonostante la mamma facesse notare che con i prezzi raddoppiati l'operazione ci sarebbe costata l'intera tredicesima. Papà l'ha tranquillizzata, obiettandole energicamente che le sue remore erano suscitate dal pessimismo menagramo dei giornali di sinistra, e che in realtà i prezzi sono invariati e non c'è nessuna recessione, che diamine!

Il nonno si è assunto l'incarico di allestire un ricco presepe nel salotto, facendo molta attenzione ai dettagli per ossequio alla tradizione: così ha sostituito le palme e i cammelli, troppo connotati in senso mediorientale, con querce e muli, e il terriccio desertico con ghiaia della bassa Padana; i re magi, così ambigui con quel loro vagabondare di notte tre uomini tutti soli, sono stati banditi in quanto possibili culattoni e quindi minaccia alla famiglia tradizionale. Papà ha proposto una bella pagoda al posto della capanna, in omaggio alla ripresa dei rapporti commerciali con la Cina, ma Sabrina gli ha fatto notare che la pagoda è un tipico edificio buddista e quindi poco affine alla tradizione cristiana. Lui l'ha guardata con aria di rimprovero e le ha chiesto se per caso anche lei non partecipasse del complotto massonico che agita l'Europa. Intorno alle otto si sono presentati gli invitati, compreso lo zio Antonio, ospite imprevisto; ha compiuto infatti settant'anni proprio venti giorni fa e, grazie al decreto salva-Previti, è stato scarcerato. Ci ha mostrato tutto orgoglioso il modulo di autocertificazione comprovante l'assoluzione, da lui stilato in ottemperanza al decreto che estende la Bassanini alle sentenze dei tribunali.

Alle otto e mezza abbiamo acceso la TV per ascoltare il messaggio di augurio del presidente del Consiglio e ci siamo messi in ginocchio per riceverne la benedizione, quindi ci siamo seduti a tavola. Nonostante le nostre rimostranze, la mamma si è intestardita nell'aprire il cenone un consommé alla diossina, il nuovo piatto di origine ucraina tanto di moda sulle mense dei VIP, argomentando che Martinazzoli l'aveva consumato per tutta una vita e nessuno aveva mai avuto da ridire sulla sua acne. Maggiore successo ha avuto un piatto inedito,

i tagliolini alle aliquote IRPEF, anche se alla fine ci siamo sentiti meno leggeri di quanto pensassimo. Alla fine del pasto abbiamo rifiutato il salame turco, gentile omaggio della zia Pina, in quanto poco europeo e non sufficientemente rispettoso dei diritti civili.

Dopo la cena, gioco di società: si è cominciato con la classica tombola. Per maggiore ossequio alla tradizione giudaico-cristiana Gigi si è preoccupato di sostituire i numeri arabi con delle graziose tessere di pietra celtica su cui ha scolpito i numeri romani. Quest'anno abbiamo deciso di destinare le vincite all'iniziativa benefica "Silvion", che consentirà di aiutare una famiglia bisognosa a pagare le esose spese condominiali della sua villa in Sardegna (per non parlare delle sentenze giudiziarie, che hanno raggiunto costi proibitivi). Il gioco però è finito in tempi brevissimi perché lo zio Antonio, credendosi inosservato, rubava le poste. Si è passato così a un gioco nuovo, lo "Spacca il centrosinistra e crea la tua corrente". Lo scopo del gioco è fondare tanti partiti quanti sono i giocatori e discutere quanto più a lungo possibile sul nome da dare al partito.

Chi vince diventa leader e perde le elezioni. Chi arriva al secondo posto vince un busto di Mastella in cartapesta. Premi di consolazione dei calendarietti che raffigurano i capi dei partiti di sinistra (uno al giorno). L'ultimo gioco è stato "Neoliberal", in cui vince chi riesce a smantellare lo stato sociale e ad eliminare il maggior numero di servizi pubblici. Ha vinto il nonno, forte della sua esperienza su pensione e ticket. Sono stati così assegnati i premi: un trattamento completo per il rinfoltimento dei capelli è andato a papà; un'antologia delle trasmissioni di Michele Santoro (una rarità!) alla zia Pina; una confezione formato famiglia di "Scapagninum, l'elisir del premier" al nonno; un buono per un lifting presidenziale alla zia Tina; la collezione completa delle canzoni di Mariano Apicella al cugino Vittorio.

A mezzanotte ci siamo tutti scambiati gli auguri sotto una foto di Totò Cuffaro, che ci ha ispirato baci calorosissimi a ripetizione. A tre giorni esatti metà di noi giaceva sotto le coperte con febbre altissima, chi per avvelenamento chi per contagio di virus influenzale.

Non è che ti capita di passare dalle nostre parti per una visitina lampo? Grazie e buon anno dal tuo piccolo paziente Albertino

L'ALLERGONAUTA

Le reazioni avverse a farmaci, ovvero la riffa delle R.A.F.

di Filippo Di Forti

Capitolo buio della allergologia mondiale, incognita principe di ogni visita, rifugium peccatorum dei dubbi diagnostici, argomento dai molteplici dubbi sulle certezze e dalle molteplici certezze derivanti dai dubbi. Motivo di disaffezione alla medicina allopatrica ritenuta più tossica che efficace (fig.1), motivo di contenzioso tra medico e paziente. Alcuni numeri: si calcola che il 2-3 % delle popolazioni abbia presentato reazioni avverse ai farmaci (RAF), che il 3-5 % dei ricoveri sia dovuto a RAF, che il 15-30 % dei ricoverati abbia presentato durante la degenza RAF, che l'età maggiormente a rischio sia tra i 20-50 anni, che lo stato atopico non sia influente e che il sesso femminile sia più a rischio.

I pediatri quindi siano più tranquilli, ma è giusto soffermarsi su alcuni argomenti di piglio pratico.

Le RAF si suddividono in REAZIONI DI TIPO A: prevedibili, a basso dosaggio e di modesta gravità, e REAZIONI DI TIPO B: imprevedibili, dose indipendenti, meno frequenti e di gravità anche elevata, che comprendono le idiosincrasie, le intolleranze, le allergie e le pseudoallergie. Tolte le idiosincrasie (deficit di G6PD p.es.), la partita delle reazioni di tipo B si gioca tra reazioni immunologiche, intolleranze e pseudoallergie. In esse il tranello è che sono patognomicamente differenti, ma sintomatologicamente simili e la confusione che conseguentemente generano ne è la conseguenza.

Le reazioni immunologiche riesumano la sempre validissima classificazione di Gells e Coombs e solo se nell'ambito di una reazione



fig.1

immunologica, si riscontra un documentato movimento di IgE specifiche, allora si ha un'allergia, in caso contrario ci si trova in una reazione immunomediata.

L'intolleranza è un abbassamento della soglia "di sopportazione" alla normale attività farmacologica, (una specie di tossicità selettiva di un farmaco nei confronti di un individuo) la pseudo allergia ha alla base la liberazione di mediatori tipici della flogosi allergica, senza che vi sia una reazione immunologica alla base.

La sintomatologia è spesso comune a queste varianti patogenetiche in quanto le allergie e pseudoallergie hanno un numero limitato di sintomi e cioè: asma, orticaria, angioedema, anafilassi, rinite, rash cutanei.

Le intolleranze possono avere sintomatologie fantasiose, che oscillano dall'obesità alla forfora, dall'onicoalergia alla pica (non me ne voglia Tina). Esse variano dall'0,1 al 75%, a seconda delle popolazioni!!! e non si sa quante di esse siano dovute a farmaci, poiché l'impatto emotivo, che esiste alla base, può indirizzare le cause all'assunzione di farmaci. Intolleranze, pseudoallergie, sono pascoli bradi, dove la sconoscenza e la pigrizia della scienza ufficiale, si scontrano con un desiderio sempre più crescente di sapere e la mancanza di risposte certe motiva il pullulare di risposte diagnostiche alternative, che tendono a sottrarsi a verifiche standardizzate.

Scarse conoscenze sui meccanismi patogenetici e metabolici attivi dei farmaci, sono la base delle difficoltà diagnostiche e la diagnostica mostra la sua efficacia soltanto per le reazioni allergiche, dove l'attendibilità di alcuni tests, sono paragonabili alla RAF di britannica memoria, il resto è dato in pasto a tests che, di alternativo, hanno soltanto la certezza della diagnosi.

Ma quando sospettare un'allergia? Solitamente un ciclo iniziale terapeutico è senza conseguenze, se il farmaco è assunto per la prima volta, essa si presenta dopo 6-10 giorni, poiché raramente farmaci assunti per mesi possono causarla. L'allergia è dose indipendente e si risolve spontaneamente entro alcuni giorni, se il farmaco è stato assunto precedentemente, la reazione può presentarsi immediatamente, anche a dosaggi inferiori di quelli terapeutici.

Solo il 10% circa delle RAF hanno una base immunologica e quindi diagnosticabile, pertanto l'anamnesi, che riveste storicamente

una importanza vitale, ce l'insegna l'ars medica, può da sola far fare una diagnosi.

L'anamnesi deve focalizzare la data di inizio della terapia, il tipo di farmaci assunti in concomitanza, nome del farmaco, dosaggio

e via di somministrazione, data di inizio e fine della sintomatologia, descrizione dei sintomi provocati dal farmaco ed eventuali farmaci usati per curare i sintomi. L'algoritmo pubblicato (fig.2) è dirimente e può essere utile per limitare inutili richieste di esami allergologici.

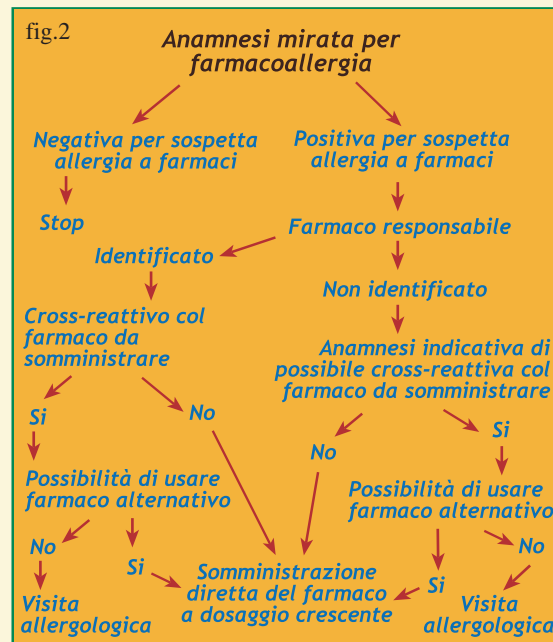
evinche che la visita allergologica e l'esecuzione dei tests sono da richiedere solo in casi selezionati, ove non sia possibile la somministrazione di un farmaco alternativo indispensabile per il paziente. I tests diagnostici utilizzati sono quelli di sempre: tests cutanei, tests di laboratorio e test di tolleranza. I tests cutanei sono rischiosi e devono essere eseguiti in ambiente protetto, eccetto i Patch test per le dermatiti

Riveste i connotati del problema il paziente, che giunge alla visita allergologica, con una diagnosi di innumerevoli "allergie" a farmaci derivanti da tests "unproved". In questo caso, il test di tolleranza è l'unica

possibilità che abbiamo, per contrastare le diagnosi unproved di tolleranza. Essa è l'unica arma in possesso, per piegare la convenzione prodotta su una mente bisognosa di avere una malattia su cui sfogare le proprie frustrazioni.

Il test di tolleranza è paragonabile ai limiti e pregi del D.P.F.P.G., poco utilizzato nella diagnostica di reazioni avverse ad alimenti, ma la mia timida proposta è di utilizzarlo a iosa. In pratica, vedere in ambiente protetto se veramente un farmaco fa male, è l'uovo di Colombo che pochi vogliono covare.

Smettere di tollerare intollerabili diagnosi di intolleranze, potrebbe paragonarsi alla signora Merlin, ma il naufragar mi è dolce in questo mar.



LO STUPIDIATRA

a cura di Fidifo

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

L'ingresso della madre allo studio è il momento dove il patos raggiunge l'acme.

Dai dubbi più struggenti: "il bambino secondo me ha la tosse", alle emergenze assolute: "tosse all'infinito" e se varcando soglie di leopardiana memoria, ci imbattiamo in una "visita

cardiopatica" dove "il fumogeno dell'aerosol", caduto dalle mani di chissà quale ultras, curerebbe la "trachea arrossata" e se il pargolo è talmente pudico perché gli "si arrossiscono le ascelle" sapendo che la sorella "non è tanto prosperosa per prendersi lo sciroppo" ecco che

viene comunicato: "Ho il risultato dell'encefalo nel sonno". E' proprio vero: "di questo raffreddore c'è stata un'invasione" perché mancano "le difese umanitarie". Alla fine dello studio sei isterico, ma niente paura anche "il bambino è isterico nell'andare in bagno".

di Antonio Russo

Un bambino di 7 anni viene condotto dal pediatra perché non si regge in piedi. La madre riferisce che da 3 giorni il bambino lamenta dolore alle gambe, ed a questo ella ha attribuito l'andatura strana del figlio. Non febbre in atto, ma una sindrome influenzale febbrile 8 giorni prima, del tutto guarita. Non traumi recenti. Anamnesi patologica remota priva di note di rilievo.

Alla visita si rileva normale sensorio, assenza di segni meningei e di interessamento dei nn. cranici. Paralisi flaccida degli arti inferiori. Riflesso plantare normale. Sensibilità ridotta agli arti inferiori. Reperto cardiopolmonare normale. F.R. 22/min, F.C. 182/min, P.A. 130/80. Qual è la diagnosi più probabile?

- A. Poliomielite
- B. Sindrome di Guillain-Barré
- C. Mielite trasversa

Quale reperto liquorale osserverai per la patologia che sospetti?

Le tre patologie considerate si presentano con un quadro acuto di debolezza o paralisi degli arti inferiori (talora anche superiori) e l'anamnesi di una malattia respiratoria o gastrointestinale pregressa.

La polio è ormai eccezionale e richiede circostanze particolari (vaccinazione assente o incompleta o immunodeficienza, viaggio in zone endemiche), ma un quadro del tutto simile può essere causato da virus coxsackie o echo; comunque, la febbre ed i sintomi meningei sono sempre presenti. Inoltre, la paralisi è generalmente asimmetrica e la sensibilità conservata, mentre è possibile mialgia anche importante.

La mielite trasversa può essere secondaria a trauma, tumore o infezioni virali; nella forma subacuta la paresi si associa ad iperreflessia e segno di Babinski, ma esiste una forma acuta caratterizzata da paralisi flaccida.

Un segno caratteristico della mielite è l'interessamento precoce e duraturo degli sfinteri anale e vescicale, che va ricercato attraverso la valutazione digitale del tono dello sfintere anale e l'emissione di urina dopo compressione sovrapubica.

La s. di Guillain-Barré è caratterizzata da paralisi ascendente, con turbe della sensibilità, dolore e/o parestesia. In circa il 50% dei casi è presente sin dall'esordio debolezza della muscolatura facciale da interessamento dei nervi cranici, che può sfuggire ad un esame superficiale od incompleto. L'interessamento sfinteriale all'esordio è raro e comunque lieve. Al contrario sono peculiari i segni d'interessamento del s. nervoso autonomo: disturbi del ritmo cardiaco, ipo/ipertensione, fenomeni vasomotori.

Pertanto la diagnosi più probabile per frequenza e per la presenza di tachicardia ed ipertensione è la s. di Guillain-Barré. Tuttavia esistono punti di sovrapposizione dei sintomi e l'esame del liquor cefalorachidiano è di grande ausilio diagnostico: nella polio si rileva pleiocitosi, iperproteinorrachia, glucosio normale, nella mielite il liquor è normale, nella Guillain-Barré si riscontra tipicamente iperproteinorrachia (più del doppio del normale) con lieve aumento di linfociti (non più di 50), cioè la c.d. dissociazione albuminocitologica.

Va rilevato, però, che le alterazioni caratteristiche del liquor possono non essere presenti nei primi giorni di malattia. In ogni caso, va esclusa con RMN del midollo spinale la possibilità di una compressione midollare, in quanto potenzialmente suscettibile di trattamento chirurgico con conservazione della funzione.



Cucciolo dei miei sogni

Cucciolo dei miei sogni di Linda Ferri edizioni E/O, 2004 - € 12,00

Un tema insolito nella letteratura per ragazzi, trattato per la sua particolarità molto cautamente e quasi sempre con toni delicatamente indovinati.

Così accade anche in questo bellissimo albo illustrato pubblicato da Edizioni E/O, "Cucciolo dei miei sogni" di Linda Ferri in cui due cervi, innamorati, sognano di avere un piccolo tutto loro. Loro malgrado il piccolo non arriva pur desiderato o forse perché troppo desiderato e sarà proprio durante il loro viaggio, fatto per non pensare troppo, che incontreranno la soluzione.

Un piccolo essere, pur diverso da loro che offre, senza chiedere, la sua solitudine ed il suo bisogno di affetto. Il volume è un susseguirsi di tavole particolarmente suggestive, rappresentazioni di paesaggi diversi per di-

verse ambientazioni geografiche, accompagnate da un testo ridotto ma efficace. Le illustrazioni, ottenute con la interessante tecnica del collage, lasciano ampio spazio alla immaginazione per l'assenza di identità dei personaggi, presenti come sagome colorate sullo sfondo dei paesaggi delineati da pochi ma indovinati elementi.

Un libro molto adatto da leggere ad alta voce e con le illustrazioni accanto che possono alimentare la fantasia dei bambini e dare immagine e suono alla essenzialità delle parole. Ma si tratta soprattutto di un testo che consente un dialogo, di per sé molto difficile, sul tema della adozione, arduo da spiegare ad un bambino amato e coccolato, necessario da capire in questo mondo così frammentato in mille possibili tipologie familiari.

giusi germeria

Paidòs INFORMA:

Uno dei nostri collaboratori il dott. Angelo Fazio è uno dei pochi medici omeopati ad aver superato gli esami dell'International Academy of Classical Homeopathy, diretta dal premio awardy (equivalente al premio Nobel per la medicina) prof. George Vithoulkas, oltre ad essere stato nominato docente di omeopatia presso il CISDO (centro italiano studi e documentazione omeopatica). Accogliamo con gioia queste notizie certi che la crescita di coloro che con passione partecipano a Paidòs non può che migliorare il nostro gruppo.

Depressione e dolori articolari

di Angelo Fazio

Una donna di 60 anni soffre da alcuni anni di uno stato depressivo e di dolori articolari migranti. mi riferisce che i dolori peggiorano ad ogni cambiamento di tempo e trova sollievo se copre le articolazioni con qualcosa di caldo. E' molto triste, melanconica, specie quando i figli la lasciano sola in casa, si sente abbandonata! e si mette a piangere facilmente.

Quando c'è gente attorno a sé, si sente felice. Le chiedo se tollera di più il caldo o il freddo e se ha dei desideri alimentari particolari o c'è qualcosa che la disgusta. Mi risponde: "Non sopporto di stare in una stanza surriscaldata, mi sento male, devo aprire le finestre per fare entrare aria pulita. Non mi piace mangiare la pancetta e tutto ciò che è grasso, ma amo molto il gelato, la crema, e il burro". Dopo queste poche informazioni le prescrivo PULSATILLA (medicamento omeopatico). La rivedo dopo un mese, è meno triste. Sono passati 2 mesi l'umore è ok e i dolori sono meno intensi. Sono passati 4 mesi mi riferisce che anche i suoi dolori sono migliorati.

La donna Pulsatilla è quella che richiede un forte supporto da quelli che la circondano e ha bisogno di rassicurazioni; se non avverte questo supporto "si sente abbandonata", non amata, può pertanto chiedere in continuo: mi ami?. E' timida, arrossisce facilmente, è molto emotiva, sentimentale.

Una delle sue caratteristiche è la **facilità con la quale piange. Piange allo studio quando racconta i suoi problemi.** E anche il suo umore è mutevole. **Desidera aria fresca,** aperta, sviene o sta male se sta in una stanza calda o mal ventilata. Si aggrava se mangia cibi grassi o elaborati. **Non ha sete.** Preferisce dormire sull'addome o sul dorso con le braccia sopra la testa.



DIABETE E SPORT

(parte prima)

di Francesco Privitera

Fino a non molti anni fa si proibiva al bambino diabetico ogni tipo di sport e si limitava al massimo l'attività muscolare, perfino il gioco coi compagni, con ovvie gravi conseguenze di carattere psicologico. Poiché molti studi hanno poi smentito quei vecchi assiomi, vedremo in queste pagine come il diabetico può fare sport, quali tra essi sono da consigliare o da evitare, quali accorgimenti attuare per fare attività sportiva in sicurezza, affronteremo il problema dell'attività agonistica e delle certificazioni di esse ed infine vedremo i vantaggi di praticare sport.



Essi sono enunciati nella Tab.1. A commento di tale tabella, possiamo dire che l'esercizio fisico in un soggetto con un buon controllo metabolico può indurre una consistente riduzione del fabbisogno insulinico. Infatti numerosi studi hanno dimostrato che gli effetti benefici persistono per lungo tempo e che la regolarità dell'attività

Il problema principale è l'ipoglicemia sia durante che a distanza dall'esercizio fisico (entro 24-48 ore da esso). Tuttavia occorre considerare che anche in persone con diabete ben controllato, un'attività fisica strenua può indurre un'iperglicemia durante o dopo l'esercizio; inoltre quando l'attività fisica è svolta in condizioni di inadeguata insulinizzazione, può determinarsi una marcata iperglicemia ed un consistente rischio di chetoacidosi.

Per semplificare:

1) se la glicemia è <100 mg % la minima attività muscolare rischia di scatenare un'ipoglicemia con comparsa dei tipici segni di sofferenza cerebrale;
2) se la glicemia è >250-300 mg % significa che l'insulina iniettata è inferiore al bisogno, oppure che pasti eccessivi o emozioni hanno aumentato il bisogno di insulina;

l'iperglicemia indica che una certa quantità di glucosio non può essere utilizzato, quindi fare attività in queste condizioni può essere pericoloso in quanto mancando l'insulina non si può utilizzare il glucosio ed allora l'organismo usa co-

Tab.1

BENEFICI DELL'ATTIVITA' FISICA IN BAMBINI E ADOLESCENTI DIABETICI INSULINODIPENDENTI

- Riduzione della glicemia durante e dopo l'esercizio fisico
- Aumento della sensibilità periferica all'insulina e riduzione del fabbisogno insulinico
- Riduzione del picco glicemico post-prandiale
- Miglioramento del profilo lipidico (riduzione dei trigliceridi, lieve riduzione del colesterolo LDL, aumento del colesterolo HDL)
- Aumento del dispendio energetico (riduzione del peso, mantenimento della massa magra, perdita della massa grassa)
- Miglioramento della stabilità cardiovascolare e dell'ipertensione lieve
- Aumento della forza e della flessibilità
- Miglioramento del senso di benessere e della qualità della vita

Tralasciando per motivi di spazio i vari meccanismi e ormoni che intervengono nella contrazione muscolare e quindi nell'attività fisica, possiamo subito indicare i benefici dell'esercizio fisico in bambini e adolescenti diabetici di tipo I.

fisica (2 o 3 volte la settimana) sia utile a mantenere questi effetti. Ovviamente, data l'impossibilità di inibire la secrezione insulinica in quanto fornita dall'esterno, l'attività fisica nel diabetico comporta anche dei rischi (tab. 2).

Tabella 2

POTENZIALI RISCHI DELL'ATTIVITA' FISICA IN BAMBINI E ADOLESCENTI DIABETICI INSULINODIPENDENTI

- Ipoglicemia (durante o dopo l'esercizio)
- Iperglicemia (dopo esercizio strenuo con chetoacidosi nei pazienti non adeguatamente insulinizzati)
- Peggioramento delle complicanze microvascolari:
 - Retinopatia (emorragia vitreale, distacco di retina)
 - Nefropatia (aumento della proteinuria)
 - Neuropatia periferica (traumi delle articolazioni e dei tessuti molli)
 - Neuropatia autonomia (diminuzione della massima capacità aerobica, alterata risposta alla disidratazione, ipotensione ortostatica, alterata funzione gastrointestinale, diminuita risposta cardiovascolare all'esercizio fisico)

me carburante i grassi che però non possono essere bruciati perché manca la combustione del glucosio ("i grassi bruciano al forno dei carboidrati"). Pertanto la scissione degli ac. grassi si blocca allo stadio di composti intermedi che non sono altro che i corpi chetonici, quindi chetoacidosi;
3) se la glicemia è compresa tra 110 e 200 mg. % la situazione consente l'attuazione di

attività fisica pur con qualche attenzione per evitare l'insorgenza di ipoglicemia: infatti nel diabetico come detto prima l'insulina viene fornita dall'esterno senza possibilità di regolarne l'assorbimento ed inoltre l'attività fisica fa assorbire l'insulina iniettata più velocemente a seconda della sede di iniezione (per es. negli arti).

Abbiamo quindi visto come il bambino e

l'adolescente diabetici che fanno sport possono andare incontro a condizioni di ipo o iperglicemia, le quali però possono essere evitate con opportune precauzioni che vedremo in seguito.

Pertanto questi soggetti per praticare attività sportiva è bene che osservino queste regole generali:

- a)** conoscere le principali nozioni della malattia;
- b)** imparare l'autocontrollo della glicemia;
- c)** non cominciare mai un'attività fisica se si ha la glicemia >250-300 mg. % o se c'è acetone nelle urine;
- d)** attuare accorgimenti terapeutici consigliati per prevenire l'iper e soprattutto l'ipoglicemia;
- e)** programmare l'attività fisica. Nel prossimo numero parleremo di come evitare in concreto i rischi di ipo e iperglicemia, dei tipi di sport praticabili e non, dell'agonismo e delle certificazioni.



Farmaci, pochi e "Off-label"...



Il decreto del Marzo 2004 che vieta, fino a 16 anni, l'uso della metoclopramide oltre a renderci definitivamente orfani di una arma credibile, ha evidenziato la drammatica carenza di risorse terapeutiche che, in modo strisciante, sempre più ci paralizza.

È questo è solo l'inizio: le nuove linee guida per la sperimentazione dei farmaci in pediatria, infatti, parlano espressamente di esecuzione di studi clinici selezionati per le diverse età pediatriche, di controindicazione dell'uso pediatrico in mancanza di dati specifici e di responsabilità dell'industria e degli organi regolatori nel completamento degli studi. E allora passiamo ai numeri!

Secondo un'indagine, dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano, dei **9741** farmaci presenti sul **mercato italiano** nel periodo '96-'97, **205** (2,1%) erano registrati per l'uso in età pediatrica e solo per **134** prodotti erano state condotte sperimentazioni cliniche controllate nei bambini. **In Europa**, del resto, nel periodo '95-'98 l'EMEA (Agenzia Europea di Valutazione dei Medicinali) ha autorizzato al commercio solo 41 principi attivi di possibile utilizzo pediatrico: di questi il 24% è stato registrato per l'uso nelle varie fasce d'età pediatrica, mentre il 17% ha ricevuto l'autorizzazione per l'uso solo negli adolescenti (età superiore ai 12 anni).

Insomma, veramente poco!
Ma state tranquilli! Sappiate infatti, (udite,

udite!) che l'attuale legislazione italiana ed europea consente ai medici di prescrivere ai bambini farmaci non registrati per l'uso nella popolazione pediatrica, o per indicazioni diverse da quelle riportate nella licenza (off-label).

Ed eccoci numeri di questa contraddizione.

Gli effetti avversi.

L'uso off-label è stato associato ad un aumento di 4 volte delle reazioni avverse gravi da farmaci insorte in ospedale o che hanno resa necessaria l'ospedalizzazione del bambino.

Molto indicativo, in questo senso, lo studio pilota condotto dall'Università di Chieti nell'ambito del progetto finalizzato del ministero della Sanità e coordinato dall'Istituto Mario Negri. Durante i nove mesi di valutazione, 1619 bambini sono stati ricoverati presso il reparto di pediatria, di questi 41 hanno sviluppato reazioni avverse (8 gravi e 33 moderate).

In 16 bambini le reazioni erano conseguenti alla somministrazione di farmaci utilizzati al di fuori della licenza: 38% insorte durante la terapia intra-ospedaliera e 42% extra-ospedaliera, all'origine del ricovero. Orticaria (11 casi), vomito ed eritema (5 ciascuno) e tremore (4) sono risultate le reazioni più frequenti.

Ma perché si verifica tutto questo?

Le grosse aziende sono poco propense a investire tempo e risorse economiche per realizzare studi pediatrici, perché a eccezione di antibiotici, farmaci antifebbrili, vaccini e poche altre categorie terapeutiche, l'uso pediatrico rappresenta un segmento minoritario del mercato totale del farmaco.

Quindi, perché fare studi ad hoc se la prescrizione off-label è comunque ammessa?

Commento: non c'è che dire! La Pediatria resta sempre un specialità povera... di farmaci e di normative!! E mi chiedo anche di quanti "off-label" "godrebbero" i bambini se fossero...altri da noi... a curarli!
<http://www.marionegri.it/-1209046214.d2.asp>



Progetto ARNO-Pediatria...meglio saperlo!



Da oltre cinque anni un milione di bambini e adolescenti, e le rispettive famiglie, costituiscono la popolazione del Progetto ARNO-Pediatria (unico, per dimensioni e durata, a livello nazionale e internazionale),

nato grazie alla collaborazione tra l'Istituto Mario Negri di Milano e il CINECA di Bologna. L'iniziativa rientra nel più ampio Progetto ARNO di monitoraggio on-line delle prescrizioni farmaceutiche, attivo presso il CINECA dal 1986.

<http://www.marionegri.it/page.asp?idp=760957621>