

CHI SIAMO, DOVE ANDIAMO

ALBERTO FISCHER

E rieccoci qui ad intraprendere una nuova esperienza con l'entusiasmo, spero, di sempre. Ricordo come fosse ieri quando un piccolo gruppo di noi si riuniva settimanalmente, quali timidi carbonari, in una auletta della Clinica Pediatrica per confrontare le singole esperienze e trarre suggerimenti per la pratica quotidiana. C'era Antonio Gulino, Maria Rutella, Lidia Luglio, Gino Miano, Lisa Francario, Lina Chiechio, ed io. Erano i nostri primi vagiti culturali e professionali. Non eravamo molto soddisfatti degli insegnamenti universitari, troppo sofisticati o induttori di falsi bisogni culturali e comunque lontani dal nostro quotidiano soffrire. Un iperuranio platonico poco pragmatico! Con il costante affluire degli amici della FIMP (Pasquale De Luca, Saro Bucchieri, Armando Galletta, Gaetano Bottaro, Paolo Melillo, Vito Marletta, Francesco Privitera, ecc.) ci siamo dati una identità ACP, aggregandoci a quel vasto movimento culturale pediatrico che in breve era dilagato in tutta l'Italia dalle coste istriane alla riserva dello Zingaro, mantenendo però la nostra autonomia per evitare ogni fondamentalismo fideistico intellettuale. Qualche illustre universitario allora arricciò il naso e utilizzò frasi poco erudite nei nostri confronti: figli degeneri che osavano spezzare equilibri politici! Non si riusciva ancora a comprendere appieno che non volevamo creare nessun movimento ma solo rompere le strette mura dei nostri studi per non rimanere invischiati nella ragnatela del conformismo culturale e intellettuale. La necessità di qualificare al meglio la nostra professione e quindi l'assistenza offerta al bambino era alla base di una costante e disperata ricerca di un metodo che ci permettesse di crescere insieme professionalmente, omogeneizzare i nostri interventi preventivi e terapeutici, confrontarci con patologie e pseudopatologie, ricercare referenti validi, attualizzare in poche parole quello che oggi si definisce come ebn. Abbiamo cercato di raggiungere tali obiettivi organizzando incontri e corsi di aggiornamento che venivano realizzati esclusivamente sulla base di dare una valida risposta a bisogni formativi su cui si indagava prioritariamente. Su competenze specifiche si sono anche organizzati degli atelier in collaborazione con colleghi oculisti e orl, ed inoltre si sono sfruttate le conoscenze acquisite da alcuni di noi in corsi di formazione sulla rianimazione. Ogni traguardo raggiunto è tuttavia una delle tante tappe del nostro comune cammino. Oggi stiamo per iniziare una nuova esperienza con la realizzazione di un foglio, il cui obiettivo è quello di recepire e divulgare notizie, informazioni, analisi che ci aiutino a comprendere meglio il mondo del bambino, il cui punto centrale non è solo il malessere o la malattia, che finora ha attivato il nostro interesse professionale, come "medici", ma una galassia eterogenea di sensazioni, di emozioni, di interrelazioni, di sogni, che spesso ci sfuggono, quanto non direttamente coinvolgenti. La creazione e la vita di questo foglio è patrimonio di quanti non sono indifferenti a quella galassia del tutto particolare che ha al centro, e non alla periferia, il bambino nel suo indissolubile insieme di relazioni sociali, interumane, ludiche, evolutive, senza vincoli intellettuali o, peggio, senza strumentalizzazioni consapevoli o inconsapevoli.

SOMMARIO

Articoli
 CHI SIAMO, DOVE ANDIAMO A. Fischer
 EPATITE C V. Marletta
 MALATTIA CELIACA G. Bottaro
 BRONCOPOLMONITE A. Gulino

Rubriche
 MEDICINA ALTERNATIVA: L'OMEOPATIA G. Spitaleri
 INTORNO A NOI F. Privitera
 NON SOLO PEDIATRIA: UN PEDIATRA AL CINEMA A. Gulino
 CRESCI M.R. Allegra

EPATITE C

VITO MARLETTA

Il virus dell'epatite C, costituito da una molecola di RNA lineare ad elica singola, della famiglia dei Flaviviridae, genere Hepacivirus, è stato identificato nel 1989, ed è stato riconosciuto essere il principale responsabile delle epatiti che venivano precedentemente definite non-A-non-B. L'HCV è costituito da una particella sferica, provvista di un rivestimento esterno di circa 50 nm di diametro. Esso è in grado di codificare la sintesi di proteine strutturali e di proteine *non-strutturali*, importanti per la replicazione. La caratteristica forse più importante dell'HCV è la grande variabilità della sequenza genomica. Proprio sulla base di questa eterogeneità genetica, gli isolati virali che maggiormente differiscono nella sequenza genomica sono stati suddivisi in "tipi", o genotipi. Un soggetto affetto da Epatite C produce giornalmente un trilione di particelle contro i cento bilioni di uno affetto da Epatite B. E' quindi proprio la natura di *quasispecie*, definita come una popolazione eterogenea di virioni ciascuno dei quali può differire dall'altro anche solo per una mutazione puntiforme del menoma, che è probabilmente alla base:

- dell'elevata frequenza di cronicizzazione dell'infezione (il virus sfugge al sistema immunitario dell'ospite);
- della possibile reinfezione anche con ceppi virali di genotipo diverso;
- della non soddisfacente efficacia della terapia con interferone;
- della difficoltà di allestire vaccini;

Diversi sono i tipi e i sottotipi classificati del virus dell'Epatite C nei paesi "occidentali": I portatori di virus nel mondo sono circa 150 milioni. L'attuale stima dei casi di epatite.C è di circa 1-3 casi /100.000 abitanti per anno. Circa 5 Milioni sono i portatori cronici in Europa occidentale. La prevalenza di portatori media italiana sarebbe intorno al 3% e causano il: 20% epatiti acute - 70% epatiti croniche - 40% delle cirrosi - 60% epatocarcinomi -30% dei trapianti epatici. Il virus resiste alle alte temperature e non viene eliminato dalla sterilizzazione routinaria degli odontoiatri e dermatologi.

CARATTERISTICHE CLINICHE

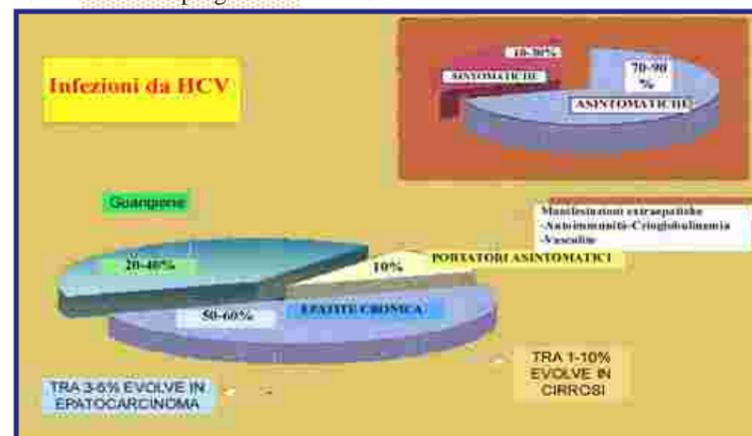
Anche queste sono riassunte nello schema seguente che serve anche per una eventuale diagnosi differenziale.

SEGNI E SINTOMI ALL'ESORDIO NELLE VARIE FORME DI EPATITI VIRALI					
Segni e sintomi	Epatite A	Epatite B	Epatite C	Epatite D	Epatite E
Malessere	+++	++	++	++	+++
Astenia	+++	+++	++	+++	+++
Febbre	++	+	+	+	++
Anorexia, nausea	+++	++	+	++	+++
Ictero	++	+	+	+	+++
Prurito	+	+	+	+	++
Epatite fulminante: coma, manifestazioni emorragiche	0	1-3%	0,1%	2-17%	? (specie nelle donne gravide)

Paesi	Genotipi predominanti
USA e Canada	1a, 1b, 2a, 2b, 3a
Sud America	1a, 1b, 2, 3a
Nord Europa	1a, 1b, 2b, 3a
Scandinavia	1a, 1b, 2b, 3a
Ovest Europa	1a, 1b, 2a, 2b, 3a
Sud Europa	1b, 2c (Italia, Spagna)
Est Europa	1b

EVOLUZIONE CLINICA

L'HCV causa un danno epatocellulare acuto e cronico di severità e progressione variabile.



I portatori asintomatici possono manifestare una evoluzione verso l'epatite cronica e viceversa.

continua a pag. 2

MALATTIA CELIACA: Storia di un gene che non c'è, ovvero primo esempio di malattia da cibo modificato

GAETANO BOTTARO

Chi come me ha conosciuto la Malattia Celiaca oltre 20 anni fa, ha potuto seguire tutte le evoluzioni delle scoperte cliniche di questa malattia che, soprattutto negli ultimi 10 anni, sono state a dir poco sbalorditive. Fino a 10 anni fa la Malattia Celiaca era considerata una malattia quasi del tutto esclusiva del bambino, sicuramente transitoria, con la diarrea cronica come sintomo unico e più importante. Ebbene oggi sappiamo che non è così! La Malattia Celiaca non è una malattia esclusiva del bambino, ma comincia nel bambino e dura tutta la vita, anzi è proprio nell'adulto che esprime il suo massimo potenziale clinico. La diarrea cronica è solo una piccolissima parte dell'espressività clinica della malattia e di non molta importanza rispetto alla grande varietà di segni, sintomi e malattie cui è stata associata. Oggi si conoscono oltre 200 malattie associate alla Malattia Celiaca, alcune strettamente, altre per semplice coincidenza, il che dà un'idea del suo potenziale clinico. Dall'alopecia all'ipoplasia dello smalto dentario, dalla tiroidite al diabete, dall'anemia alla bassa statura, dall'infertilità al ritardo puberale, dall'artrite all'epatite, dalla dermatite alla psoriasi, dalla sindrome di Down alla sindrome di Turner, dalle calcificazioni endocraniche con epilessia all'ataxia, dal linfoma intestinale al carcinoma dell'esofago. Questi sono solo alcuni degli esempi più eclatanti di una lista che si va facendo sempre più lunga e che forse fra qualche anno farà riscrivere i trattati di patologia medica. Purtroppo il ruolo del pediatra in tutto questo, anche se molto ridimensionato, rimane di importanza strategica. Infatti se da un lato possiamo dimenticarci dei bambini con diarrea cronica e addome globoso, che sicuramente non vedremo più, perché sono cambiate le condizioni socio-culturali che facevano esprimere la malattia in quel modo, dall'altro siamo sicuri che la malattia non è scomparsa, anzi da una frequenza supposta di 1:1000 nuovi nati negli anni '80, siamo passati ad una frequenza calcolata di 1:200 o 1:150 nuovi nati di oggi. Quindi un netto incremento,

continua a pag. 2

LA BRONCOPOLMONITE TRA AMBULATORIO ED OSPEDALE

ANTONINO GULINO

Le infezioni delle basse vie respiratorie rappresentano una delle cause di maggiore morbilità tra i bambini. Molte di esse sono in genere autolimitanti e di natura benigna, ma il pediatra deve essere in grado di riconoscere e trattare quelle patologie più rilevanti che richiedono una terapia, specifica e di supporto, estremamente aggressiva. La broncopolmonite è certamente una di queste patologie e rappresenta una situazione "critica" per il bambino ma anche per il pediatra che ha il compito di curarlo nella maniera più adeguata. La bpm è una di quelle malattie che i nostri "maestri" ci hanno insegnato a temere e spesso l'ospedalizzazione era la soluzione prospettata ai genitori dei nostri pazienti. Ma oggi questo approccio non è sempre condivisibile, il profilo clinico di questa malattia, come di molte altre, si è modificato sia per gravità che per mortalità ed il trattamento domiciliare è quasi sempre efficace e sicuro. La diagnosi di bpm è essenzialmente clinica, la frequenza respiratoria rappresenta un segno clinico molto importante che assieme alla tosse, alla febbre e al reperto fisico ci permettono di porre diagnosi tempestivamente. E' invece estremamente difficile riuscire ad effettuare una esatta diagnosi etiologica, in quanto la grande variabilità delle manifestazioni individuali e lo scarso supporto fornito dai servizi epidemiologici non ci danno un aiuto efficace. L'uso routinario della radiografia del torace non ci aiuta nella diagnosi, così come le indagini utili per un orientamento etiologico sono poche (emocromo e indici di flogosi) e spesso non sono sufficienti a farci distinguere una forma virale da una batterica. Il dosaggio delle "agglutinine a frigore" e la sierologia del "mycoplasma" rappresentano degli strumenti utili in alcuni casi, ma spesso il loro risultato giunge tardivamente, anche in molte realtà ospedaliere, e pertanto influiscono molto poco sulle decisioni terapeutiche. Quindi il pediatra nella maggioranza dei casi pone una diagnosi etiologica "orientativa" basandosi più su una valutazione clinica (età, modalità di insorgenza, caratteristiche della tosse, febbre, compromissione delle condizioni generali) che su un esame radiologico o su riscontri di laboratorio. L'ospedalizzazione va riservata a quelle situazioni che richiedono attenzioni particolari: bambini di età inferiore ai sei mesi o affetti da gravi patologie croniche, grave compromissione delle condizioni generali, mancata risposta terapeutica, famiglie inaffidabili. Queste osservazioni trovano riscontro nei dati forniti dalla

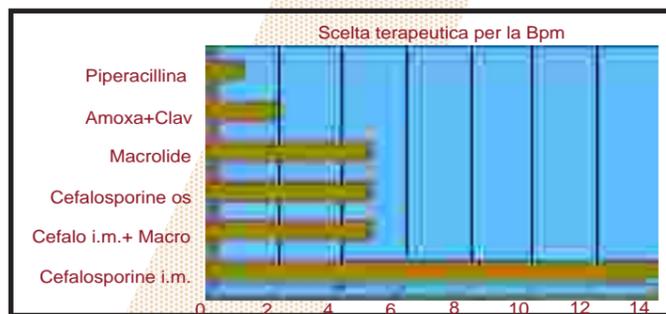
continua a pag. 2

ma contemporaneamente uno spostamento dell'espressività clinica verso le età successive, con l'arresto della crescita (soprattutto staturale) come unica spia utile di inizio della malattia. Ma perché il pediatra è ancora importante? Perché la malattia comincia sempre nel bambino e prima si riconosce prima si evitano tutti i danni conseguenti, ma soprattutto perché il pediatra ha la cultura della Malattia Celiaca, cosa che non hanno gli altri medici, sia generici che specialisti anche gastroenterologi, che ancora oggi non conoscono la malattia o la considerano ancora caratteristica dell'età pediatrica, che poi nell'adulto "passa" o "guarisce". Ma veniamo ora ai sottotitoli di questa mia storia. Perché storia di un gene che non c'è? Nel 1995 è iniziata, con grandi sforzi economici ed organizzativi, la grande ricerca del gene della celiachia. Proclami fatti da amici ricercatori dicevano che nel breve giro di un anno si poteva scoprire il gene, iniziare la tipizzazione e lo studio di modelli per approntare qualcosa sul piano terapeutico. Ma purtroppo, già dopo due anni di analisi, qualcuno si è reso conto che le ricerche erano mal indirizzate, si era ad un vicolo cieco e bisognava ricominciare. Oggi l'analisi genetica ha coinvolto diverse migliaia di geni senza alcun risultato e si sta facendo avanti la suggestiva teoria che la caratteristica genetica della celiachia è proprio l'assenza di un gene e non la presenza di un gene modificato.

- Il secondo sottotitolo è: primo esempio di malattia da cibo modificato! E qui bisogna andare indietro di circa 2000 anni, al tempo degli Assiri e dei Babilonesi. In quel tempo il grano disponibile all'uomo per l'alimentazione era un grano diploide (solo due chicchi per pianta) con un contenuto di glutine non superiore al 5% e quindi poco redditizio per una buona pianificazione. Quelle popolazioni riuscirono a selezionare una serie di grani fra cui ne scelsero due quello tetraploide (4 chicchi) e quello esaploide (6 chicchi), che oltre alla grande quantità di raccolto che assicuravano, contenevano glutine fino al 50%, con notevole resa nella pianificazione. Questi grani, successivamente, grazie ai greci prima e ai romani poi, si sono estesi a tutta l'Europa diventando la base dell'alimentazione mediterranea. Ma l'uomo non era abituato a tollerare così grandi quantità di glutine e soprattutto i genotipi con i loci DR3, DR7 e DQ2 del sistema HLA, reagivano in modo spropositato alla ingestione del glutine. Fra i soggetti con questo pattern HLA si è venuta così a selezionare quella che i genetisti della celiachia, definiscono una superdonna che, inoltre, resistendo bene alle infezioni virali, batteriche e parassitarie, fu la capostipite di una razza di individui in cui l'ingestione di glutine innescò un vero e proprio movimento autoimmune (i loci HLA DR3, DR7 e DQ2 sono anche quelli caratteristici dell'autoimmunità) che porta tutta quella serie di danni che oggi riconosciamo caratteristici della Malattia Celiaca. Il movimento autoimmune presente in ogni soggetto celiaco è svelabile con la presenza degli anticorpi antiendomisio (EMA) e dei più recenti antitransglutaminasi (TTG). Questi due tipi di test anticorpali sono in pratica la stessa cosa, in quanto l'antigene è lo stesso, la transglutaminasi, sia per EMA che per TTG, quella che cambia è la tecnica di laboratorio: immunofluorescenza su sezioni di tessuto per gli EMA; ELISA con antigene purificato per i TTG. A questo proposito mi permetto di dare qualche suggerimento clinico-diagnostico. La biopsia intestinale rimane a tutt'oggi l'esame fondamentale e decisivo per porre la diagnosi, senza la quale non è assolutamente corretto porre un soggetto a dieta priva di glutine. Tutte le ricerche dei vari tipi di anticorpi servono a stabilire se è opportuno effettuare o no la biopsia, anche se i vari test hanno valenze diverse. I vari AGA che tanta importanza hanno rivestito a cavallo tra gli anni '80e '90 per svelare la parte dell'iceberg celiachia, sono ormai considerati superati, il loro risultato non deve essere ritenuto predittivo né in positivo, né in negativo, per la grande quantità di falsi sia negativi che positivi. Gli EMA e i più recenti TTG, invece, hanno una valenza ben più importante. Un risultato di EMA e/o TTG positivo è predittivo per Malattia Celiaca al 100%, come all'inverso un risultato negativo indica normalità al 100%, spesso anche discordanza con la biopsia intestinale. Come vedete tanta strada hanno fatto grano e Malattia Celiaca nei secoli e questo spiega come non possono bastare i pochi anni di studi che abbiamo alle spalle per capire tutto questo grande mondo che, purtroppo, ogni giorno si espande.

letteratura, ma io ho reputato utile provare a studiare il comportamento dei pediatri di famiglia del nostro territorio, coinvolgendo alcuni di loro in questo mio lavoro per ottenere dati sia sull'incidenza di questa patologia che sul loro atteggiamento professionale. I criteri di scelta dei colleghi pediatri si sono basati essenzialmente sul possesso di un adeguato supporto informatico, che permette una più semplice raccolta dei dati, e il tempo di osservazione è stato limitato al periodo Ottobre 1999 - Marzo 2000.

Pediatri coinvolti	n.10	Assistiti	n. 8.600
Casi di bpm	n.32	Ospedalizzati	n. 3
Conferma rx	n.10	Indici di flogosi richiesti	n. 6 casi



I dati ottenuti confermano quanto evidenziato nella mia premessa, il pediatra affronta con molta serenità e competenza il problema bpm, fa ricorso a controlli radiologici e di laboratorio nei casi più severi, riserva l'ospedalizzazione a situazioni particolarmente gravi. Il comportamento terapeutico è molto variegato, anche se un dato comune è il ricorso generale all'antibiotico terapia spesso per via parenterale. La scelta dell'antibiotico e la durata della terapia è affidata più all'esperienza personale che a protocolli specifici. Questo dato, peraltro comune ad altre malattie, ci spinge a ritenere opportuno individuare protocolli diagnostici e terapeutici comuni per meglio affrontare questa patologia.

TEST	OBIETTIVO DEL TEST	IMPORTANZA CLINICA
Sierologici ELISA (EIA) Enzyme-linked immunosorbent assay Enzyme immunoassay RIBA recombinant immunoblot assay	Servono per determinare la presenza o l'assenza di anticorpi contro i peptidi dell'HCV presenti nel siero del Servono per confermare la presenza o l'assenza di anticorpi contro gli eptitidi dell'HCV	Pazienti ad alto rischio: presentano alta sensibilità e specificità. Pazienti a basso rischio: bassa sensibilità e specificità Confermano o escludono i risultati ELISA+ Specialmente utilizzati nella popolazione a basso rischio (donatori di sangue) o nei soggetti ELISA+ con ALT normali
Molecolari Genotipo HCV Disponibili molte metodologie (e.s. ibridazione, sequenziamento) Sierotipo HCV (Murex HCV Serotyping 1-6 Assay) HCV RNA • Qualitativo (RT-PCR) reserve transcriptase polymerase chain reaction • Quantitativo (RT-PCR con amplificazione del HCV RNA) (Amplipor HCV Monitor)	Permettono la classificazione del virus nei genotipi e degli oltre 90 sottotipi dell'HCV Basati sulla immunoattività ai peptidi sintetici, servono a identificare gli anticorpi tipo-specifici Serve ad accertare direttamente la presenza dell'RNA virale. Ricerca il virus già dopo 1-2 settimane dall'esposizione al virus. Riesce a dare risposte positive con meno di 100-700 copie/mL. Il limite del metodo è la mancata valutazione numerica, ma risulta in atto la metodica più sensibile. Serve a misurare quantitativamente i livelli di HCV. Il limite inferiore di sensibilità è costituito dalle 100 copie/mL su campioni in cui sono presenti almeno 5milioni di copie per mL.	L'identificazione dei tipi e sottotipi è utile per determinare la durata della terapia, della prognosi e l'aspettativa di successo terapeutico Non distinguono tra i sottotipi non rivestono importanza clinica Riservato a: • pazienti infetti, per monitoraggio • rare la terapia • pazienti ELISA e/o RIBA • negativi con segni clinici di epatite o ALT elevate. Il rilievo dell'HCV RNA nel corso dell'infezione può essere intermittente e sono, quindi, possibili falsi positivi e falsi negativi. Un singolo test RT-PCR negativo non è conclusivo Riservato alla valutazione della risposta alla terapia antivirale con interferon

I campioni richiedono cure particolari (p.e il siero deve essere separato entro 2 o massimo 4 ore e conservato in frigo a-20°C; i campioni devono essere immersi nel ghiaccio)

(Fine prima parte, continua nel prossimo numero)

Non solo pediatria

Cresci

DI M.R. ALLEGRA

**Eri bimbo
Le mie parole erano le tue,
i miei gesti erano i tuoi,
ma tu crescevi e
i giorni e i mesi
e questi tre anni,
hanno fatto di te
ciò che sei.**

**Completo di nozioni
e plasmato dalla vita,
orchidea appena schiusa
con un cuore gremito
di saggio e maturo
sapere.**

**Tanto amore e grande
dedizione di noi padri,
ma tanto amore e grande
dedizione di voi padri,
ci hanno regalato
figli adulti e pronti alla vita.**

**Per me resti sempre bimbo,
ma oggi le tue parole
sono le mie,
i tuoi gesti
sono i miei**

UN PEDIATRA AL CINEMA A. Gulino

In questo primo numero del nostro foglio di informazione abbiamo pensato di parlare e scrivere non solo di pediatria ma anche di altro: televisione, libri, cinema. La nostra volontà non è certamente quella di sostituirci o imitare critici professionisti, non siamo certamente in grado di svolgere questo compito, ma soltanto di confrontarci da pediatri con la realtà che ruota attorno ai nostri ambulatori o ai nostri reparti. Questo spazio è aperto, come tutto il nostro piccolo giornale, a tutti coloro che hanno o avranno voglia di discutere di argomenti non solo medici. Oggi abbiamo pensato di iniziare il nostro percorso parlando di cinema, in particolare abbiamo pensato di segnalare un film italiano di particolare pregio: Pane e tulipani. In una stagione cinematografica non molto ricca per il nostro cinema l'ultima opera di Silvio Soldini si segnala per l'originalità della storia ma anche per la particolare sensibilità degli interpreti, con particolare riferimento alla protagonista, un'attrice poco nota ma molto brava, Licia Maglietta. La vicenda prende l'avvio da un episodio un po' grottesco, Rosalba viene dimenticata dai familiari in un autogrill, durante una sosta di un gruppo di gitanti diretti in pulman a Paestum. Rosalba è una madre di famiglia come ne incontriamo tante nei nostri ambulatori, capace di crescere i propri figli e di gestire la propria casa in maniera attenta, una di quelle madri che noi pediatri amiamo definire "affidabili". Ma improvvisamente si trova sola, certamente contrariata dalla superficialità dei figli e del marito, ma forse per la prima volta dopo tanti anni si sente un po' libera dalle proprie incombenze di moglie e di madre. Rosalba a quarant'anni decide di "non fare la cosa giusta", non raggiunge la propria famiglia ma si avvia verso Venezia, la città dei propri sogni. Una città magica e affascinante dove la donna riesce ad inventarsi una nuova vita. Una madre in crisi, certamente, ma anche una donna prigioniera di un ruolo spesso non gradito; quante volte abbiamo sentenziato di fronte ad una neo-mamma in difficoltà: "signora stia tranquilla è solo depressione post-partum" o di fronte alle riserve per l'allattamento al seno abbiamo crudelmente spiegato che "il latte della mamma non ha alternative". La nostra società lascia sempre meno spazio all'individuo, noi pediatri abbiamo il dovere di aiutare i nostri pazienti a crescere ma dobbiamo imparare a confrontarci con una realtà sempre più problematica, dove "i protocolli" hanno sempre meno valore, per cercare di dare ai nostri interlocutori quel piccolo patrimonio di certezze di cui siamo portavoce. Rosalba è il simbolo di una maternità imposta e mai vissuta serenamente, io credo che nel nostro operare quotidiano dobbiamo sollevare un po' dai loro doveri le madri ed i padri dei nostri pazienti, a costo di avere magari dei genitori "meno affidabili" ma capaci di dare più serenità ai propri figli.

LE RUBRICHE DI PAIDOS

MEDICINA ALTERNATIVA

L'OMEOPATIA di G. Spitaleri

In questi ultimi anni va di moda farsi curare con trattamenti diversi dalla medicina ufficiale: la medicina alternativa. Questo comprende agopuntura, omeopatia, pranoterapia, chiropratica, musicoterapia, cromoterapia, etc. Una proposta di legge, ancora ferma in parlamento, sta cercando di regolamentare questa giungla e affidare la pratica professionale a figure preparate che hanno frequentato corsi di studi riconosciuti e pratica presso medici qualificati. E ciò a tutela dei pazienti. L'Italia, rispetto a tutti gli altri Paesi Europei, arriva tardi a legiferare in materia. Ma perché molti Italiani (si calcola cinque milioni quindi il 10%) fanno ricorso a Medicine Alternative? Potremmo ricercare le cause in:

- Limiti della Medicina Ufficiale; scomparsa del rapporto medico-paziente, in un momento in cui il malato ha molta necessità di essere ascoltato;
- desiderio di praticare il Nuovo (che poi è più vecchio della medicina ufficiale l'omeopatia risale alla fine del 1700).
- Profonda esigenza dell'uomo di oggi che vuole una cura radicale della sua malattia che coinvolga corpo-spirito-mente.
- Molte malattie organiche (ad esempio ulcera gastrica) trovano il momento etiologico in cause psichiche, stress e altro.
- La Medicina Ufficiale ha svolto studi notevoli sulla "cellula" e ne è un esempio meraviglioso la recente scoperta della completa sequenza del DNA umano frutto delle biotecnologie, con cui può essere stabilito quando moriremo, di che cosa ci ammaleremo e altro.
- La Medicina spingendo al massimo le sue ricerche sa tutto sulla cellula, ma paradosso dei paradossi, non sa più niente dell'uomo.
- L'Omeopatia, fin dalla sua nascita, fondatore C.F. SAMUEL HAHNEMANN (1755-1843) ha cercato di dare una risposta completa. In che cosa differisce la Medicina Ufficiale dall'Omeopatia? La prima usa la legge dei contrari: se c'è l'ulcera diamo l'antiulcera, se c'è il dolore antidolorifico etc, l'Omeopatia usa la legge dei simili: "Similia similibus curentur". In natura esistono delle sostanze che prese a dosi ponderali (che hanno cioè un peso: grammi, milligrammi) danno determinati sintomi (allucinazioni, dolori etc). Le stesse sostanze opportunamente diluite e dinamizzate curano quei sintomi che hanno provocato a dosi ponderali. Ogni qualvolta noi ci troviamo di fronte a un paziente che presenta determinati sintomi fisici e mentali li confrontiamo con i sintomi dei Rimedi Omeopatici e vediamo se quel Rimedio (esempio Belladonna da tutti noto per la febbre non molto elevata, stanchezza e prostrazione esagerata rispetto alla febbre modicamente elevata) presenta quei sintomi e li copre tutti, allora quello è il rimedio giusto che può guarire il nostro paziente in oggetto. SIMILIA SIMILIBUS CURENTUR. Attenzione però!! Un vecchio detto dice "il morso della volpe si cura con lo stesso pelo della volpe". Forte di questo un mio conoscente che era allergico alla parietaria, consigliato, mise a bollire in una pentola piante di parietaria e ne aspirò i vapori! Si salvò grazie a una massiccia dose di cortisone. Come agisce la cura omeopatica se le sostanze sono state diluite e dinamizzate e non vi è traccia di sostanza? Forse non tutto è stato scoperto. Certamente quel fisico inglese premio Nobel per aver scoperto e dimostrato la memoria dell'acqua riuscì a dimostrare che l'acqua conserva immutata la conoscenza e quindi le proprietà curative delle sostanze in essa disciolte. L'Omeopatia agisce stimolando la "forza vitale" del soggetto in modo che possa superare la malattia. Qualunque medicina si pratici "scopo principale del medico è di rendere sani i malati ossia, come si dice, di guarirli" e di non perdersi in disquisizioni inutili mentre il malato geme chiedeva invano aiuto. E' ovvio che qualunque Medicina si pratici bisogna conoscerla e seguirne le sue leggi e si avranno in entrambi i casi le guarigioni. E per quanti non credono che l'Omeopatia funzioni rispondo con una frase di DANTE "ci sono delle cose che intender non può chi non le prova".

INTORNO A NOI F. Privitera

Cari colleghi ed amici, questa rubrica nasce da un'esigenza ben precisa e forte che è quella di conoscere ciò che ci sta intorno (da cui il titolo): strutture ospedaliere, universitarie e quant'altro che ci può servire come punto di riferimento e d'appoggio per l'esercizio della nostra professione. Per tale motivo in questo spazio verranno fornite indicazioni quanto più dettagliate e precise possibili. Oggi parleremo della Divisione di Oncematologia Pediatrica del Policlinico di Catania diretta brillantemente dal Prof. Gino Schilirò (tel 095-256399 256399, e-mail: schiliro@mbx.unict.it) che ci ha fornito le seguenti informazioni:

- Reparto degenza ordinaria: 8 posti letto (Prof.ssa G. Russo, Dott.sse C. Consalvo, M. Parisi) Tel. 095 256536 - 095 256864;
 - Day Hospital: > 10 posti letto, aperto dal lunedì al sabato (Prof.ssa A. Sciotto, Dott. S. D'Amico, Dott.ssa L. Ra gusa, Dott. V. Miraglia, Dott. L. Lo Nigro) Tel. 095 256490 - 095 256680;
 - Sezione Trapianti: 2 camere (Prof. G. Schilirò, Prof. N. Marino, Dott. A. Di Cataldo, Dott.ssa P. Sampieri) Tel. 095 256591;
 - Laboratorio di Immunologia (Prof.ssa A. Sciotto, Dott.sse S. Munda e V. Furia);
 - Laboratorio di Biologia Molecolare (Dott.L.Lo Nigro, Dott.sse E. Mirabile, A. Poli e A. Fazio).
- Inoltre la Prof.ssa Russo coordina l'attività clinica con i pazienti affetti da malattie ematologiche non tumorali, ad eccezione delle anemie drepanocitiche e della sferocitosi di cui responsabile è la Dott.ssa Sampieri. Il Dott. Lo Nigro si occupa di leucemie. La Dott.ssa Ragusa si occupa di leucemie e linfomi. Il Dott. Di Cataldo si occupa inoltre di tumori solidi.
Segreteria: tel. 095 256593 - Fax 095 222532
Sito Internet: <http://www.unict.it/deop>.
Per qualunque altra informazione rivolgersi alla redazione. P.S. Nell'ambito di una più vasta collaborazione si invitano i colleghi a partecipare attivamente a questa rubrica e quindi a fornire indirizzi utili da pubblicare, contattando la redazione per e-mail o telefono.

INCONTRI DEL SABATO "Percorsi in pediatria pratica"

Sabato 21 Ottobre 2000

"La presa in carico e le emergenze pediatriche"

- | | |
|--------------|---|
| A.RUSSO | La dimissione precoce del bambino: il parere dell'ospedaliere |
| B. POLIZZI | La dimissione precoce del neonato: il parere del neonatologo |
| P. DE LUCA | La dimissione precoce: il parere del PdF |
| P. DI PIETRO | Avvelenamento: che fare? La borsa del PdF e altro... per fronteggiare l'emergenza |

PAIDOS

Redazione a cura del Direttivo A.C.P. PAIDOS di Catania

E-mail redazione.paidos@tiscalinet.it

Segreteria e grafica:

Marilisa Fiorino A.S.C. Europromo

Tel 095-7571514 Fax 095-472387

E-mail: marilisa.f@tiscalinet.it