

note di cultura per il pediatra

a.c.p.

Paiδòs

Anno 4 N. 1 - Gennaio - Marzo 2003



**PROGETTO
VARICELLA**
opinioni
a confronto

GIORGIO BARTOLOZZI

SARS
Paura dall'oriente



Direttore responsabile
Francesco La Magna

Direttore
Alberto Fischer

Comitato Scientifico
Pasquale De Luca
Lorenzo Pavone
Gino Schilirò

Responsabile di redazione
Antonino Gulino

Comitato di redazione
Salvo Bonforte
Gaetano Bottaro
Rosario Buccchieri
Filippo Di Forti
Vito Marletta
Giuseppe Mazzola
Salvatore Spitaleri

Collaboratori
Maria Rita Allegra
Angelo Fazio
Antonio Fichera
Daniela Ginex
Maria Libranti
Gino Miano
Angelo Milazzo
Francesco Privitera
Antonio Russo

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

Venti di guerra

di **ALBERTO FISCHER**

Agli inizi del mese di aprile il BMJ ha pubblicato alcuni autorevoli articoli su problemi etici che traevano spunto dalla guerra in Iraq.

E' soddisfacente constatare come riviste scientifiche di impact factor elevato come il *BMJ* non si interessino solo, con dibattiti aperti, a problemi di pertinenza scientifica ma coinvolgano il lettore (con problematiche sociali, economiche, politiche, o culturali) nella considerazione che il mondo in cui viviamo non può esser ristretto soltanto all'aspetto, pur esso affascinante, della conoscenza dell'evoluzione scientifica.

Quest'ultima è certamente importante, sia per la crescita professionale dei singoli che per la collettività poichè le nuove conoscenze, con le metodiche e i criteri sempre più sofisticati che ne derivano, producono modifiche in ogni aspetto della nostra esistenza. Esistenza fatta di piccole e grandi cose, in cui si mescolano, come tanti tasselli orientati in un quadro d'insieme, cultura, istanze sociali, economiche e politiche.

Questo quadro variegato noi vogliamo cogliere, pur nel nostro piccolo periodico, assemblando le variegiate spinte di chi vi scrive, cercando di apprezzare quella volontà, anche asintattica, di esprimere idee e confrontarsi, mescolando note scientifiche con esperienze culturali ed "esprit d'humorisme", com'è il caso delle rubriche "digiamocelo" e "la posta di Albertino".

Dei vari articoli apparsi sul *British MJ* vanno ricordati quelli relativi alla diatriba sorta in seno ad alcuni grossi quotidiani, come il *Guardian* ed il *New York Times*, relativi all'opportunità di pubblicare le tragiche immagini di bambini mutilati o uccisi durante la guerra irachena.

La questione viene affrontata dai due giornali alla maniera, a parer mio un po' ipocrita, dei benpensanti - uno pubblica in prima pagina e l'altro nelle pagine centrali - ma, perlomeno, ha il pregio di far intravedere la labilità dei confini esistenti tra il diritto/dovere d'informazione e la necessità di vendere attraverso un coinvolgimento emotivo. Ma, mentre quelle immagini dovrebbero ancora una volta farci riflettere come uomini, come medici e come genitori, sulla tragicità della guerra (di ogni guerra), dovremmo anche porci le domande: su quale etica fondano la loro professionalità i media che costantemente ci informano sui più svariati aspetti della nostra vita sociale?

Noi stessi siamo rispettosi nella nostra professione, degli input morali ed etici in cui ci siamo formati? Siamo sicuri, piuttosto, che, come avviene in guerra, non ci stiano abituando a contrabbandare la moralità?

SOMMARIO

- 3 Editoriale
- 6 Medicina integrata
- 7 Che tipo sei?
- 8 Voglia d'antibiotico
- 12 Progetto varicella opinioni a confronto

17 I Santi innocenti

19 Allarme meningite

RUBRICHE

4 La rubrica di Giorgio Bartolozzi

10 La pediatria per il futuro

11 Digiamocelo

14 Un pediatra al cinema

14 L'angolo della poesia

15 La posta di Albertino

16 L'allergonauta

17 Lo stupidiatra

18 Piccole emergenze

20 Pillole di endocrinologia

NEWS DALLA RETE

22 Il paracetamolo

22 Arrivano i nostri...

Copertina
(foto di M. Libranti)

Improvvisamente si prende coscienza di un nuovo pericolo infettivo che nell'era della globalizzazione si diffonde rapidamente prima come notizia e poi anche materialmente.

Un medico italiano ne lancia l'allarme ai primi di novembre del 2002, prima di esserne lui stesso vittima e prima che ancestrali paure riaffiorino nell'animo delle popolazioni.

Il ministro della sanità cinese ha perso il posto per non aver capito l'importanza e non aver agito tempestivamente in materia di prevenzione e salvaguardia della popolazione.

di **GIORGIO BARTOLOZZI**

Oggi parliamo di SARS...

La SARS, o sindrome respiratoria acuta grave, è segnalata durante i primi giorni del novembre del 2002 nella provincia di Guandong (Cina), ad Hanoi ed a Hong Kong. E' definita grave perché la patologia polmonare che la caratterizza si è rivelata letale per un numero consistente di persone, che ad oggi sono più di 200 e con un trend in costante aumento.

La malattia inizia con febbre elevata, che raggiunge frequentemente valori superiori ai 39°C, e si accompagna a cefalea, malessere generale e mialgie. Poco più di una sindrome influenzale. Mancano segni d'interessamento neurologico o gastrointestinale ma, dopo alcuni giorni dall'inizio, la situazione peggiora.

Vi è un incremento della tosse e comparsa di dispnea che si accentua tanto da richiedere nel 10-20% dei casi l'intubazione e la ventilazione meccanica. Sembra proprio

che il mancato ricorso di questi due atteggiamenti terapeutici in molti ospedali asiatici abbia contribuito ad aumentare in queste zone la percentuale di letalità che al momento si è

attestata al 3%. Un aiuto diagnostico lo può dare la radiografia del torace che però, soprattutto nelle fasi iniziali, può risultare negativa. Nella fase di danno respiratorio sono presenti infiltrati interstiziali diffusi e sono visibili anche aree di consolida-

mento. Gli scienziati del CDC di Atlanta hanno isolato, nei pazienti con SARS, dopo le iniziali incertezze etiologiche, un coronavirus



Questo virus ne ha fatta di strada se si tien conto che prima era conosciuto solo come causa nell'uomo di malattie lievi interessanti le vie aeree superiori! Vi sono tuttavia ancora segnalazioni su possibili altri virus che vengono ricercati attivamente.

La individuazione etiologica consentirà di fare una diagnosi attraverso metodi immunochimici o enzimatici classici (ELISA o IFI) o attraverso la più precisa PCR anche se, in questo caso, sono frequenti i falsi negativi. Qualche aiuto diagnostico lo si può ottenere dall'osservazione che è sempre presente una linfocitopenia. All'acme della malattia sono sempre presenti leucopenia e trombocitopenia, vi è un aumento marcato della creatinichinasi (> 3000 UI/L) e sono anche aumentate la AST e la ALT.

Non esiste una terapia specifica se non quella di supporto all'insufficienza respiratoria.

Sembra che tra le proposte terapeutiche efficaci possa dare qualche risultato l'associazione di ribavirina e corticosteroidi. Come ogni malattia infettiva sono indispensabili e indifferibili quei concetti di base sulla prevenzione collettiva e individuale necessari a limitare al massimo gli effetti della diffusione (scheda).

Il Ministero della Salute in Italia ha trasmesso a tutti i referenti sanitari ed alle AUSL delle circolari relative ai comportamenti da tenere.

Il caso sospetto deve esser notificato alla AUSL di appartenenza.

Per "sospetto" viene definito un soggetto con temperatura superiore ai 38° C, con la presenza di uno o più sintomi della malattia quali difficoltà respiratoria, ipossia, reperti radiografici di polmonite e che proviene da un viaggio dai paesi sospetti da almeno 10 gg dall'inizio dei sintomi.

Caratteristiche...

X I soggetti al di sotto dei 18 anni sono il 5%.

X Il periodo d'incubazione va da 2 a 7 giorni; raramente può durare 10 giorni.

e comportamenti

X Le persone che sono state in contatto con un ammalato di SARS vanno osservate per febbre e sintomi respiratori

X Chi sviluppa febbre e sintomi respiratori non deve andare al lavoro, a scuola o in altre comunità, per almeno 10 giorni dalla comparsa della febbre e dei sintomi respiratori.

X I pazienti con SARS devono portare una maschera quando entrino in contatto con persone indenni.

Non può esistere un'evoluzione della medicina senza l'evoluzione del medico. Conoscenza scientifica e qualità umane saranno per il medico del futuro entrambe indispensabili per una guarigione vera e profonda del malato.

il corpo e lo spirito, la mente, i sentimenti del malato per poterne assicurare la guarigione.

Anche in medicina classica, oramai, si distingue il sintomo, considerato solo segnale di uno squilibrio, dalla

la Medicina Integrata. Essa è qualcosa di più, di molto diverso.

La visione meccanicistica-materialistica dell'uomo è stata alla base dei grandi successi della medicina moderna ma non possiamo ignorarne i limiti, sia per la conoscenza dell'uomo che delle sue malattie.

MEDICINA INTEGRATA

di SALVATORE SPITALERI

La Medicina Integrata, è una pratica per cui milioni di persone (10 milioni in Italia-50.000 medici che la praticano) utilizzano medicine derivate dal sistema medico convenzionale in caso di malattie di una certa gravità, in caso di malattie acute, ma ricorrono a fitoterapici, agopuntura e omeopatia quando è in gioco la qualità della vita, nelle malattie croniche, o quando il ripetersi degli episodi acuti non è più dominabile con la Medicina Ufficiale.

Medicina integrata è termine alquanto generico per significare tutto o nulla.

Terapia medica integrata con fisioterapia, terapia antibiotica integrata con fermenti lattici e vitamine, terapia omeopatica integrata con allopatia e viceversa.

Ci si rivolge, di volta in volta, a quella parte della medicina dove, in base al quadro clinico, vediamo una possibile guarigione o, dove, nei casi gravi si intravede uno spiraglio di luce.

Ma medicina integrata può anche significare trattamento scientifico e trattamento umano.

Integrare, come in una unità

malattia, processo dinamico attraverso cui si instaura tale squilibrio.

Questo approccio riavvicina la medicina classica ad altre tecniche terapeutiche come l'omeopatia, l'osteopatia che hanno sempre considerato l'uomo in modo olistico, "integrato".

Il fiorire recente di prodotti omeopatici, in associazione fra loro, a disposizione del pediatra o del medico generico, significa che vi è una maggiore attenzione a questo problema o è una questione di business? Paracetamolo, ibuprofen, betametasona, macrolidi, amoxicillina e cefalosporine, roccaforte della prescrizione pediatrica peraltro ora, in parte o in toto, a carico delle tasche degli Italiani (la spesa sanitaria del 2002 a carico del SSN è diminuita dell'11%), lasciano il posto o si integrano con Echinacea, Ribes Nigrum Rosa canina, Calendula, Luffa e ai termini farmaceutici tradizionali (Cefamandolo o Paracetamolo si sostituiscono, come inneggio alla vita BIO o NATUR!).

Ma non è l'uso di prodotti appartenenti sia alla medicina ufficiale che a quella non convenzionale che costituisce

Si è verificata una disintegrazione dell'Uomo tra la parte corporea e la parte intellettuale, emozionale.

Allo stesso modo con cui oggi si disintegra l'ONU, si disintegrano gli Stati, si disintegra la cultura vera, i valori veri, per aderire a questa o a quella corrente di pensiero.

Lo stesso potrebbe accadere se noi intendessimo la Medicina Integrata una mera associazione di rimedi senza tenere in considerazione l'unitarietà del paziente, la sua biodiversità, la sua soggettività.

Un grande psicanalista dei nostri tempi diceva che l'uomo si ammala essenzialmente di idee.

Ma le idee si strutturano in un corpo che una volta distrutto, nonostante l'ingegneria medica, difficilmente potrà essere ricomposto.

Il nostro compito è quello di capire la malattia ancor prima che si verifichi un danno organico: la cefalea di un bambino, espressione di un disagio familiare-scolastico, può diventare un danno grave.

Quindi oltre a Medicina Integrata pure medico integrato o semplicemente buon medico.

Omeopatia
e
comportamento

CHE TIPO SEI?

di ANGELO FAZIO



Nella mia attività lavorativa sono sommerso da domande cui, talvolta, non so dare una risposta: "Dottore, perché mio figlio ama mangiare i dolci?"

"Perché quando si addormenta suda moltissimo?"

"Perché ogni volta che sta male ha una guancia rossa?"

Sono proprio questi sintomi "strani" che, collocati nel modo giusto, costituiscono un mosaico, un quadro utile per individuare ciò di cui ha bisogno il piccolo paziente.

Nelle tipologie costituzionali omeopatiche si dà molta importanza a queste stranezze. Oggi vorrei descrivere i bambini che rientrano nel tipo "calcareo carbonico".

Essi presentino un ritardo nell'acquisire alcune competenze fisiche e mentali. Possono tardare a parlare o nel camminare, non per incapacità fisica, ma per un ostinato rifiuto.

Si può osservare una lentezza nella comprensione, pertanto devono applicarsi di più per apprendere un argomento nuovo.

Questi soggetti hanno problemi di memoria: se, ad esempio, gli si dice di fare tre cose, riescono a ricordare solo le prime due, dimenticando la terza.

Hanno quindi la necessità di prendere accuratamente appunti. Facilmente commettono errori nello scrivere, nel parlare o nel leggere; possono mostrare diffidenza di fronte a nuovi giochi.

Un'altra caratteristica è l'incapacità di adattarsi ai cambiamenti repentini. Sono indipendenti, spesso giocano da soli. Hanno una naturale curiosità verso le cose, toccano tutto, se rimproverati si mettono a urlare.

Questi bambini manifestano diverse fobie, in particolar modo la **paura del buio** o **dei fantasmi**, paura degli insetti, dei ragni, **paura dei cani** o **dei temporali**.

Vogliono dormire con la luce accesa poiché hanno spesso incubi notturni.

Si turbano facilmente se ascoltano cattive notizie o storie di mostri o fantasmi.

Ricordo Silvia, una bambina di quattro anni, che si metteva a piangere ogni volta che sentiva la musica del film: "La famiglia Adams".

Un'altra bambina era terrorizzata quando ascoltava la sigla della serie televisiva "I peccati di Peyton place".

Molti bambini calcarea carbonica quando stanno male vogliono avere costantemente la mamma vicino, piangono se si allonano. Questi bambini possono mostrare una particolare curiosità verso i fenomeni soprannaturali.

Chiedono chi sono gli angeli, dov'è Dio, cosa c'è nell'altilia.

Sudano alla testa nei primi cinque minuti del sonno, hanno una sudorazione acida. Durante il sonno alcuni possono manifestare un movimento masticatorio e spesso presentano un'eruzione al cuoio capelluto (tipica la crosta latte nel lattante).

In età scolare i ragazzi possono soffrire di cefalea dopo studio intenso, che migliora se mettono qualcosa di caldo in testa. Soffrono d'infezioni respiratorie ricorrenti e di frequenti epistassi.

Un'altra caratteristica è il **forte desiderio di uova alla coque**, di latte, di dolci e di farinacei.

Hanno un'avversione per il grasso della carne. Alcuni sviluppano la tendenza a mangiare la carta, il gesso, la terra.

Soffrono di stipsi ostinata.

Hanno talvolta un'intolleranza per il lattosio.

Calcareo carbonico
Sudorazione dietro la testa durante il sonno
Forte desiderio di uova e di latte
Ostinazione
Ritardo nel parlare o nel camminare
Paura del buio, dei cani, dei fantasmi
Lentezza nella comprensione
Aggravamento col tempo freddo e umido

VOGLIA D'ANTIBIOTICO...

di ALBERTO FISCHER



E' constatazione comune che l'accesso all'ambulatorio pediatrico è prevalentemente determinato dalle patologie delle vie aeree e che tale situazione si triplica come intensità e frequenza in particolari e ben definiti periodi dell'anno.

La voglia di ricorrere all'uso dell'antibiotico è certamente determinata in gran parte dall'impossibilità clinica di stabilire l'etiologia batterica o virale e, pur consapevoli dell'esiguità delle patologie infettive che richiedono razionalmente l'uso di antibiotici, ci sentiamo condizionati nelle scelte dall'ansia dei genitori o da nostre intime insicurezze e paure. Una serena disamina sull'uso dell'antibiotico attraverso l'analisi delle ricettazioni o dei ricoveri ospedalieri o attraverso i dati forniti dai reports dei settori farmaceutici aziendali ci permette di fare alcune considerazioni che per motivi di spazio riconduco alle seguenti:

a) vi è un eccesso prescrittivo che non trova giustificazione nei dati epidemiologici ed etologici che tutti noi conosciamo già bene da tempo.

E questo dato si incrementa nei periodi epidemici, quando la stessa natura epidemica indurrebbe a ritenere più certa la natura virale della patologia;

b) non sempre la scelta dell'antibiotico ed il tempo di somministrazione concorda con quanto tutti conosciamo in fatto di ebm applicata ai farmaci. Semplicisticamente potremmo dire che la prescrizione è fortemente condizionata dall'ambiente, sia esso rappresentato dalle pressioni dei familiari che dalle indicazioni canalizzate che i vari informatori scientifici con lieve o assidua insistenza ci forniscono.

La difficoltà di uniformare i comportamenti diagnostici e terapeutici a quanto di "based" v'è nella moderna concezione della medicina è obiettivo non facile da raggiungere ma è necessario uno sforzo in tal senso, poiché le risorse non sono illimitate e gli effetti di una malpractice hanno risvolti etico-deontologici che non possiamo sottovalutare.

Davanti ad una patologia sicuramente infettiva due sono i quesiti prioritari a cui dare risposta:

a) ci sono le indicazioni per un ricovero ospedaliero?
b) è necessario utilizzare un antibiotico? Quale e per quanto tempo? Nella gran parte

dei casi il ricovero ospedaliero o il ricorso a specialisti (vedi orl) è del tutto inutile ed improprio. Solo pochi casi trovano adeguata indicazione al ricovero (vedi scheda) ed in questi casi l'assunzione di responsabilità a

non farlo potrebbe avere conseguenze anche legali. La risposta al quesito successivo correla con la capacità di individuare l'agente infettante, cosa non facile e ingannevole se si sfruttano solo le osservazioni anamnestico-cliniche, come dimostrato in più lavori selezionati.

Il pediatra che opera nel proprio ambulatorio può con sufficiente approssimazione, attraverso gli attuali test rapidi, individuare solo alcuni agenti patogeni (Str. Pyogenes, Str. Pneumoniae, Mycoplasma) restando nell'incertezza assoluta la possibilità di individuare etiologicamente i numerosi altri batteri che sia pur in frequenza molto minore possono essere implicati nelle patologie delle prime vie aeree del bambino.

Come scelta fondamentale potremmo decidere di utilizzare sempre l'antibiotico, avendo in tal modo ragione in 8/10 otiti, in 10/10 IVU, in 8/10 sinusiti, in nessuna delle tracheiti e solo in 2/10 faringotonsilliti.

Ma avremmo sprecato risorse e contribuito all'incremento esponenziale delle resistenze batteriche.

Allora quando usare l'antibiotico? E quale antibiotico? Non staremo qui a ripetere le numerose diatribe su tale argomento ed a ripercorrere i razionali. Però alcune considerazioni bisogna farle prima di formulare gli algoritmi più utili e utilizzabili:

- la gran parte dei germi responsabili delle infezioni delle alte e basse vie aeree, compresi quelli interessati nelle IVU, è sensibile ai derivati delle penicilline, ampicillina e amoxicillina (in vitro lo Str. Pyogenes lo è al 100%, mentre lo Str. Pneumoniae lo è al 70%, spesso dose-dipendente).

- lo Str. Pneumoniae pur essendo agente infettivo con maggiore incidenza in fasce di età inferiori ai 5 anni, anche al di là di questa età può esser causa di patologie invasive.

- il M. pneumoniae pur essendo più frequente in epoche successive ai 5 anni, è in genere causa di eventi infettivi meno intensi e gravi del precedente. La sua risposta ai macrolidi è rapida ma la terapia deve esser protratta per un periodo di 21 gg.

- la terapia iniettiva IM rispetto all'orale, in base agli studi di farmacocinetica, ha l'effetto aggiuntivo di traumatizzare il bambino, e non può, per assenza di compliance genitoriale, coprire lo stesso periodo di terapia secondo

i protocolli;
- prima scelta non vuol dire possibilità di scegliere. L'alternativa è necessaria solo in mancanza di compliance e di effetti collaterali legati al farmaco di prima scelta.

Epoca neonatale		
Casi lievi	Casi gravi (ospedalizzare)	Agenti più frequenti
1° scelta Cefalosporine 2° o 3° generazione o Ampicillina + Aminoglicosidi terapia per 10 gg	Cefalosporine 3° generazione + Aminoglicosidi (Vancomicina) (Teicoplanina)	Streptococco B E.coli S.aureus K.pneumoniae
Ftonsilliti-Otiti-Sinusiti- Broncopolmoniti (<5 a)		
1° scelta : Amoxicillina Ampicillina	25-50 mg/Kg in 3 dosi per 10 gg 100 mg/Kg in 4 dosi per 10 gg	
2° scelta Amox/Clav 7:1 Cefaclor	45 mg/Kg in 2 dosi per 10gg 20-40 mg/Kg in 2-3 dosi per 7gg	
Cefpodoxima Cefalexina Macrolide	10 mg/Kg in 2 dosi per 7 gg 25-50 mg/Kg in 3 dosi per 7 gg 7 mg/Kg (b > 5 a)	
Indicazioni alla ospedalizzazione (PRUO, 1998)		
Parametri	Criteri	
Neonato	< 29 settimane	
Temperatura	oltre i 38° per più di 3 gg	
Frequenza cardiaca	< 70 bm o > 190 bm (< 2 anni) < 60 bm o > 160 bm (2-6 anni) < 50 bm o > 140 bm (> 6 anni)	
Frequenza respiratoria	> 60 a.m (< 1 mese) > 50 a.m (> 1 mese)	
Cianosi	ogni età se di lunga durata	
Sintomi neurologici	ogni età se acuti e progressivi nelle 48 ore	

about:blank - Microsoft Internet Explorer

File Modifica Visualizza Preferiti Strumenti ?

Indietro Avanti Termina Aggiorna Pagina iniziale Cerca Preferiti Cronologia Posta Stampa Modifica

<http://europa.eu.int> di GIUSEPPE MAZZOLA

Sito ufficiale della comunità' europea, realizzato di recente in modo da rendere a portata di mouse tutta l'unione europea. Sul sito si possono consultare facilmente i comunicati stampa e tutti gli eventi in agenda sia del parlamento che delle varie commissioni da esso istituite. Riportate le vicende storiche che hanno visto la nascita e il successivo sviluppo della comunità europea. Consultabili tutti i documenti prodotti dalla fondazione ai giorni nostri. Spiegate tutte le attività e le caratteristiche funzionali del parlamento europeo. Tante le notizie a disposizione dei cittadini compresa la consultazione dettagliata di documenti riguardanti carte geografiche, finanziamenti, comunicati stampa, materiale audiovisivo, appalti, assunzioni e altre ancora.

"Avanti cum judicio..."

La pediatria con gli occhi di una specializzanda

di CHIARA SCIUTO

Incredibile! E' passato già un anno. Retorico dire che sembra proprio ieri il giorno in cui ho messo per la prima volta piede dentro la clinica pediatrica. E invece, noi specializzandi, all'alba del secondo anno, abbiamo già quasi da un intero anno iniziato la cosiddetta "rotazione" nei vari reparti, procedimento che ci ha portato a trascorrere qualche mese nei diversi settori del policlinico.

Durante questo lasso di tempo ho ritenuto opportuno, sarà per una vocazione personale oppure per un'esigenza di completezza nella mia formazione professionale, mettermi a frequentare lo studio di un pediatra di base. Ebbene, questa "spoletta" tra la clinica e l'ambulatorio di base mi ha fatto notare alcune differenze, sia di ordine meramente organizzativo che chiaramente nella gestione del piccolo paziente, con le sue diverse problematiche.

Cio che salta subito all'occhio è l'affluenza, presso il reparto di clinica universitaria e presso l'ambulatorio del pediatra "extra-ospedaliero", di due diverse tipologie di pazienti.

Solitamente, infatti, nella nostra clinica universitaria si vedono situazioni certamente più importanti e gravi, a volte persino drammatiche, finanche le cosiddette "raropatie". Diverso, ma senza dubbio altrettanto importante, è il discorso per l'ambulatorio di pediatria di base.

In tale ambito infatti ho notato che si possono incontrare soprattutto malattie non gravi, che non richiedono cure lunghe o accertamenti sofisticati ma anche bambini con malattie croniche, che necessitano di continui controlli. Nella maggior parte dei casi le visite nell'ambulatorio di base sono costituite dai bilanci di salute (controlli periodici dei bimbi più piccini per seguirne la crescita), oppure da visite di bambini le cui malattie, quasi sempre banali, sono però fonte di grande ansia nei genitori. E' proprio per cercare di arginare questa ansia deleteria, che il pediatra di base cerca di creare un rapporto incentrato sul dialogo tra lui e la famiglia del piccolo assistito.

Ho cercato di fare tesoro, dunque, dei grandi insegnamenti che entrambe le realtà (due facce della stessa medaglia) hanno da offrire. Per un verso ho cercato di fotografare i casi più interessanti che ho visto in clinica, facendone bagaglio culturale, per l'altro verso ho cercato anche di immedesimarmi nell'ottica del pediatra di base, per riuscire ad instaurare un rapporto di maggiore complicità con le famiglie. In entrambi i casi c'è tanto, tanto da imparare.

E' fondamentale a mio avviso, dunque, cercare di creare una profonda collaborazione tra le due differenti, seppure uguali, branche della stessa specialità, in modo che si possa sempre migliorare la formazione dello specializzando. Credo che questa sia un'esigenza ormai diffusa tra noi medici in formazione ed è giusto che possiamo avere una veduta della pediatria nella sua interezza, non più a 180° ma a 360°.

DI GIAMOCELO...

I corsi di formazione... secondo me

di MARIA LIBRANTI

Dal giorno della mia laurea sono già trascorsi, con "un'infame" velocità, sedici anni, durante i quali, con diligente regolarità, ho provato a mantenere aggiornate le mie conoscenze partecipando a quei congressi e a quegli incontri che sembravano più utili per la mia crescita professionale.

Da poco tempo invero, e più con incarichi di "manovalanza" che di contenuto (com'è giusto per una giovane recluta), sono stata arruolata nel gruppo dei "nonni" della formazione cioè degli infaticabili colleghi del gruppo ACP che da diversi anni ormai, con immutato entusiasmo, si occupano degli "Incontri del Sabato".

Ma, qualunque sia stato il mio ruolo in questi anni (studentessa, medico discente o, più di recente, docente di formazione), c'è una materia, pur di grande rilievo, per la quale non è mai stato pensato nessun incontro: **la deontologia professionale.**

Alla povera "Cenerentola" della formazione medica non è mai stata dedicata una sola ora d'insegnamento, anche se è sotto gli occhi di tutti quanto essa venga quotidianamente "maltrattata" (oggi più che mai).

Mi chiedo come sia possibile che la deontologia medica, pur se disciplinata dagli Ordini Professionali, risulti confinata agli spazi del "pettegolezzo da parrucchiere" (con tutto il rispetto per i parrucchieri) più che a quelli istituzionali che dovrebbero competerle.

Forse, non saprei dirlo, il nuovo riordino del piano di studi Universitario avrà incluso anche questa materia ma, per tutti coloro che si sono formati in epoca antecedente, **'digiamocelo'**, un corso di formazione servirebbe, eccome!

Difficile, lo ammetto, riuscire ad organizzarlo nei temi e nelle modalità. Io, l'ho già detto, sono ancora inesperta per organizzare un corso da sola ma, se mi

aiutassero... forse... si potrebbe pensare a qualcosa di questo tipo:

I° Corso di formazione in deontologia medica

ore 9,00-10,00 La comunicazione verbale: come riuscire a non parlare male dei colleghi, nel desiderio di incrementare i propri assistiti

ore 10,00-11,00 La comunicazione non verbale: come evitare di palesare nei confronti di un collega e/o del suo operato, dissenso o dispregio pur senza parlare ('ghigni', inarcamento delle sopracciglia, dilatamento delle narici, sospiri etc.)

ore 11,00-12,00 Prova pratica: con l'aiuto di esperti fisioterapisti, esercizi dei muscoli facciali con l'obiettivo di riuscire a mantenere un'espressione per lo meno "neutra"

ore 12,00-13,00 Role Playing: alcuni colleghi, in veste di attori, interpreteranno le scene più significative del "Medico della mutua" (alias dott. Guido Tersilli)

ore 13,00-15,00 Colazione di lavoro (solo se autorizzata dal Ministro Sirchia)

ore 15,00-16,00 La prescrizione: come resistere agli attacchi di "delirio prescrittivo" che portano alla compilazione di mega-ricette con non meno di 8 specialità medicinali* (per singolo paziente)

***Da sottolineare, ad onor del vero, la "grande sensibilità" con la quale, al fine di evitare incidenti cardiovascolari al povero 'Girolamo', si ha cura di prescrivere almeno 6 in classe C**

ore 16,00-18,00 Lavoro a piccoli gruppi:

1) I ricostituenti e la pappa reale sono farmaci salva vita?

2) Come mai, a volte, il Klacid funziona meglio del Veclam e viceversa?

3) Ultima scoperta scientifica!

Il trattamento con azitromicina una volta la settimana per due o tre mesi insieme a poche gocce di cetirizina, una toccatina di acido folico e un pizzico di pappa reale è una 'ricetta' infallibile nelle faringiti ricorrenti dei bambini (perfettamente sani) di 3-4 anni: sarà vero?

Ore 18,00 Test di valutazione finale con esame di... "coscienza" e chiusura dei lavori

P.S. Che ve ne pare?
Mi radieranno dall'Albo??

rubriche

rubriche

INTERVISTA

Gli incontri del sabato, organizzati dall'AcP-Paidos, rappresentano un luogo ideale di confronto e di crescita professionale. La contemporanea presenza di Giorgio Bartolozzi e di Mario Cuccia mi ha spinto ad approfondire un argomento, il Progetto Varicella, che, in quanto pediatri di famiglia, ci vedrà protagonisti nei prossimi mesi.

Gulino. - La Regione Sicilia ha portato avanti un progetto pilota sulla vaccinazione contro la varicella; questa iniziativa ha destato molte perplessità nei pediatri siciliani, soprattutto in ordine alla sua effettiva utilità. Reputate giustificati questi dubbi?

Cuccia. "Questi dubbi sono comprensibili ma vanno superati perchè ci troviamo di fronte ad un vaccino buono, la cui protezione dalle forme gravi è sicuramente molto efficace.

Quindi, c'è una questione su cui non si deve discutere, a 12 anni bisogna vaccinare. Vorrei però sottolineare che per questo vaccino bisogna guardare all'età pediatrica non partendo da sinistra verso destra, quindi dal bambino più piccolo al più grande ma, al contrario, e quindi cercare di vaccinare prima tutti i bambini più grandi.


Essi sono i potenziali soggetti, soprattutto le bambine (ma ovviamente c'è un rapporto che non esclude l'altro sesso) che possono arrivare in età adulta e avere dei problemi, sia contraendo la malattia ma anche nell'ambito delle problematiche della "teratogenicità" del virus in corso di gravidanza."

Bartolozzi. "Io seguirei questo concetto: la Sicilia ha diritto di scegliere il tipo di vaccinazione che vuole, e secondo me la scelta di vaccinare contro la varicella a 15 mesi e a 12 anni, è una scelta razionale.

Il rischio reale è di non raggiungere l'80%, infatti l'esperienza delle epidemie di morbillo di

Palermo del '96-'97 con 8.000 casi, dimostra che il raggiungimento di questo obiettivo non è semplice. Io vi auguro di farcela e di andare oltre l'80%."

Cuccia. "Da questo punto di vista io direi che bisogna superare quello che per tanto tempo è stato il limite della vaccinazione morbillo- parotite-rosolia, la scarsa copertura vaccinale, ma che con la modalità da destra verso sinistra e da sinistra verso destra può essere superata."



PROGETTO VARICELLA

Opinioni a confronto

*Intervista
a Giorgio Bartolozzi
e Mario Cuccia*

di ANTONINO GULINO

Bartolozzi. "Vorrei aggiungere un'altra considerazione, secondo un lavoro recente pubblicato su "New England Journal of Pediatrics" di Dicembre, se noi vogliamo vaccinare bene, dobbiamo fare due dosi a 15 mesi e a 11-12 anni. In questo modo noi siamo sicuri anche di avere, probabilmente, una minor incidenza di quelle varicelle in vaccinati (1% annuo) che sono riportati dalla letteratura nazionale.

Quindi nel calcolo del costo-beneficio, bisogna prevedere che il costo debba essere raddoppiato, perché ci vogliono due dosi anziché una e forse tutti i calcoli andrebbero rifatti".

Cuccia. "Sì, da questo punto di vista, sicuramente quando ci sarà il tetravalente (e non mi sembra che sia lontanissimo) morbillo - parotite - rosolia - varicella, si ragionerà in termini di due dosi.

Bartolozzi. "Non sciupiamo questa opportunità, perché il progetto varicella è una bella scommessa. In Inghilterra hanno esaminato i dati epidemiologici in quattro contee: nei 4 anni in cui la vaccinazione è stata fatta, si è visto che il numero di casi di varicella non solo era diminuito nei bambini che erano stati vaccinati, ma c'erano meno casi di varicella anche negli adulti e nei vecchi.

Ma cosa molto più interessante, anche nei bambini del 1° anno, come era successo nella vaccinazione per l'influenza in Giappone, cioè i benefici di avere vaccinato un nucleo abbastanza grande di soggetti va al di là dei direttamente vaccinati. Quindi, io penso che

bisogna crederci, e dobbiamo agire meglio di quanto non abbiamo fatto in passato e raggiungere questo maledetto 80%. Io penso che uscirete vincitori da questa impresa".



CALENDARIO "INCONTRI 2003"

ACP-PAIDOS O.N.L.U.S.

31 Maggio 2003

Incontro di endocrinologia
pediatrica

Aula Conferenze P.O. Acireale

7 Giugno:

1° Corso Teorico-Pratico
su Assistenza Infermieristica
in Pediatria

Aula Conferenze P.O. Acireale

In fase di accreditamento

4 Ottobre:

Corso Teorico-Pratico
di Alimentazione

Aula Conferenze P.O. Acireale

In fase di accreditamento

15 Novembre:

Corso Teorico-Pratico
su bambini e sport

Aula Conferenze P.O. Acireale

In fase di accreditamento

Per ulteriori informazioni,
contattare
la segreteria organizzativa
al 347 7792521



di ANTONINO GULINO

L'adolescenza è l'età del cambiamento, della presa di coscienza del sé e della società in cui si vive, un momento esistenziale di profonda crisi, colmo di contraddizioni e di incertezze.

La letteratura ed il cinema hanno utilizzato ed utilizzano spesso degli adolescenti per rappresentare il nostro contesto sociale, l'adolescenza diventa metafora di una realtà in continuo divenire.

Non a caso le ultime opere di due dei giovani registi più interessanti del cinema italiano, Gabriele Muccino Daniele Luchetti, hanno come figure centrali degli adolescenti.

I loro film, Ricordati di me e Dillo con parole mie, cercano in modo diverso, l'uno con il melodramma l'altro con la commedia, di entrare nei meandri spesso angusti e tortuosi delle nostre esistenze per mettere a nudo i nostri quotidiani compromessi.

Con Ricordati di me Muccino prova a rappresentare il nucleo fondamentale della nostra società, la famiglia, analizzandone i diversi componenti.

I genitori, quarantenni incerti, infelici, spesso pateticamente legati a sogni adolescenziali mai realizzati, fuggono da ogni responsabilità nel disperato tentativo di ritagliarsi un piccolo angolo di egoistica felicità.

I figli soli e disperati inseguono falsi miti pur di affermare il proprio esistere,

specchio deformato ma estremamente reale di una società orfana di valori.

La giovane figlia, pronta a tutto, pur di ottenere un ruolo di valletta in un artificioso quiz televisivo, è emblema di una generazione senza ideali che cerca in una fugace notorietà una ragione per vivere. La quotidianità perde ogni valore di fronte ad un immaginario mondo virtuale dove apparire è molto più importante che essere. Un film ambizioso ma forse poco coraggioso che cerca e trova in un improbabile dramma, una grave incidente del padre, l'occasione per un'ipocrita riconciliazione che serve a ricompattare una famiglia senza futuro.

Mentre a riconciliarci con il cinema ma anche con il buon umore ci aiuta il film di Daniele Luchetti Dillo con parole mie, che riesce a costruire una piacevole commedia attorno alla figura di una adolescente in vacanza.

Una ragazza vivace ma ingenua, piena di vita, ansiosa di entrare nel mondo degli adulti, una delle tante ragazze che vediamo arrivare nei nostri ambulatori in perenne contrasto con i genitori, vecchi o meglio "sclerati", che per ogni mal di pancia ci chiedono lo sciroppo alla fragola, mai le compresse, troppo difficili da ingoiare. Ad accompagnare l'adolescente in questo viaggio dal sapore iniziatico non ci sono i genitori, come spesso avviene assenti o lontani, ma la zia trentenne.

Una donna piena di complessi, un po' imbranata, senza alcuna voglia di crescere, in eterna attesa di stabilizzare il suo rapporto con un coetaneo altrettanto imbranato.

Il fortuito incontro della giovane protagonista con l'ex fidanzato

L'angolo della poesia

LIBERA

di MARIA RITA ALLEGRA

Libero è il vento tra le case la sua voce fa sentire a tratti.

Libera è luce con i colori diffusi sulle cose.

Libero il cielo immenso nel suo paterno abbraccio.

Libera è l'acqua del mare, o quella che cade leggera sul colle.

Libero, infine, è solo il pensiero mio che oltre il corpo, può spaziare lontano.

della zia innesca una classica ma non volgare commedia degli equivoci che porterà ad un gradevole pur se prevedibile lieto fine.

Il motivo che mi ha spinto a segnalare due film apparentemente così diversi è legato ad alcune osservazioni che il nostro lavoro di pediatri ci permette di verificare quotidianamente.

Il ruolo di genitori è sempre più impegnativo, ma lo è ancora di più, quando a gestirlo non ci sono figure tutoriali consce delle proprie responsabilità, ma genitori-per-caso, giovani invecchiati ma non cresciuti, eterni bambinoni alla continua ricerca della fata turchina.

Adulti, come quelli ben delineati nei due film, incapaci di dire no, di aiutare a crescere, essi stessi perduti in un mondo che hanno contribuito a costruire ma in cui non si riconoscono.

Noi pediatri non possiamo certamente sostituirci ad essi, ma abbiamo il dovere di aiutare i nostri interlocutori a guarire, a vivere meglio.

La pediatria non è più, o meglio non è solo, la scienze che cura le malattie ma deve essere strumento di crescita personale e sociale.

Questa è secondo me la scommessa professionale con cui ci dovremo confrontare in questo inizio di terzo millennio.

la posta di Albertino

di DANIELA GINEX



Caro dottore, visto che per Pasqua era previsto maltempo, la mia maestra ha pensato bene di impegnare i miei giorni di vacanza con un tema sulla guerra; solo che io ho qualche dubbio e vorrei un piccolo aiuto da te.

Avrai saputo che finalmente la guerra è finita, i pacifisti hanno perso e l'esercito del bene ha trionfato, e anche il cardinale Ratzinger ha ringraziato Dio (di cui Bush aveva il mandato in esclusiva, anche se quel mostro di Saddam affermava la stessa cosa) per avere fatto sì che ci fossero soltanto 1200 morti. E' stata una meritata vittoria, contro quel sanguinario dittatore che rappresenta gli interessi di una lobby di privilegiati e manovra le masse con la propaganda.

Certo, inevitabilmente ci sono stati degli effetti collaterali, come il bombardamento dell'hotel Palestine, ma quello è stato un tragico errore: si sa con quanta cura hanno mirato su mercati e ospedali. Qualche soldato è rimasto vittima del fuoco amico, che in ogni caso è centomila volte meglio che essere massacrato da un estraneo.

Il ministro Rumsfeld si è impegnato strenuamente nella ricerca delle armi di distruzione di massa, e lui sapeva il fatto suo, visto che gliel'aveva vendute lui stesso ad Ali il chimico per togliere dalle balle 5000 curdi; ha fatto male che si è fidato e non si è fatto rilasciare a suo tempo regolare fattura, e ora vedi il ringraziamento. Comunque alla fine con un blitz formidabile gli americani sono riusciti a trovare delle micidiali ogive, che sono proprio pericolose se scagliate contro il nemico in quanto molto pesanti, e del gas nervino, abilmente nascosto in bombole tipo "Neocid". Per il prossimo futuro l'opera di risanamento ambientale sarà affidato alla Enichem di Priolo.

Gli iracheni hanno accolto festanti le truppe di liberazione, addirittura ad un posto di blocco americano un giovane è saltato in aria per la felicità di essere finalmente libero. Un'importante operazione militare è stata quella della "ciabattata alla statua", che ha messo la parola fine a tanti anni di spietata dittatura (una delle tante da cui la sinistra italiana si sente irresistibilmente attratta).

Adesso si procederà alla ricostruzione, resa più facile da un accurato bombardamento preventivo. L'Italia avrà un ruolo fondamentale nelle operazioni di peacekeeping; d'altra parte quando si usano le FFSS per trasportare le armi è meglio lasciarle perdere le guerre.

Gli americani richiedono i Carabinieri, avendone già apprezzato l'opera in Kosovo, mentre il nostro presidente insiste per mandare la Finanza, che almeno la smette un po' di gironzolare intorno a casa sua. Berlusconi ha apprezzato pubblicamente l'operato dei marines, nei cui confronti ha manifestato viva simpatia; ha anche detto che la divisa da marine a lui starebbe proprio bene, così

il generale Franks ha pensato di fargli cosa gradita e gliene ha regalata una, e anzi con la stoffa avanzata dall'orlo dei pantaloni hanno ricavato una graziosa tenda da campo.

Dopo un periodo di stretto riserbo, finalmente ora Berlusconi può uscire dal bunker di Arcore, rompere il silenzio e ricominciare la sua personale "shock and awe" contro quei franchi tiratori che hanno fatto passare l'emendamento sulla legge Gasparri.

Proprio in questi ultimi giorni si è svolto ad Atene un vertice dei paesi della UE per discutere del dopoguerra, e il nostro presidente ha fatto un figurone; questa volta gli è stato somministrato un blando sedativo e non ha fatto cose tipo fare le corna o raccontare barzellette, così non è finito sui giornali stranieri e i suoi discorsi sono passati inosservati. D'ora in poi al posto delle bombe a guida satellitare gli iracheni avranno la TV satellitare, Stream e Telepiù 1, con cinque ore di trasmissione al giorno, i messaggi del presidente e i consigli per gli acquisti (la Fininvest ha già comprato gran parte degli spazi pubblicitari). Vespa si è già assicurato il prime-time, anzi ha già pronta una trasmissione-pilota di Porta a Porta con le cartine del Risiko aggiornate sulla Siria. Ospiti in studio Abu Abbas, l'arbitro Moreno, i Savoia, Fedro del grande fratello, l'avvocato Taormina, Tarek Aziz e una gnocca mezza nuda *à la carte*.

La TV democratica potrà così sostituire degnamente i monotoni filmati di Saddam (o di uno dei suoi innumerevoli sosia?), che hanno veramente stufato, e irritato sommamente Osama Bin Laden, perché ormai non se lo fila più manco Al Jazeera.

Però ci sono due o tre cosette che non ho capito. Saddam, invece di fuggire, perché non si affida ai legali di Previti, o al limite al chirurgo plastico di Alba Parietti?

Perché il giornalista Peter Arnett è stato licenziato per aver parlato male del governo americano a una TV straniera e Michele Santoro a una TV di casa sua?

Visto che Bush è stato così bravo da compattare un mondo arabo totalmente diviso, non si potrebbe chiedergli di fare la stessa cosa con la sinistra italiana (ad esempio, aggregandola intorno agli interessi privati e personalistici di un leader privo di statura politica)?

Nel caso che tu non sappia rispondere alle mie domande, non potresti diagnosticarmi una SARS in modo che chiudono la scuola e io mi faccio un bel ponte lungo fino a maggio? Tanti saluti dal tuo piccolo paziente Albertino.

ASMA: AMBIENTI E POCO AMBIENTI

Ovvero come difendersi
dal "caro-acaro"

di FILIPPO DI FORTI

La profilassi ambientale senza dubbio riveste oggi un'importante sfida nel campo delle malattie allergiche.

Essa è ormai bonariamente suddivisa in tre fasi: profilassi primaria, secondaria e terziaria.

La profilassi primaria tende a prevenire l'insorgenza della sensibilizzazione agendo sui fattori di rischio noti quali: il fumo di sigaretta, una dieta appropriata e l'esposizione agli allergeni che, nelle regioni a clima temperato-umido, sono preminentemente rappresentati dagli acari.

La prevenzione secondaria, espletandosi nella stessa maniera della prevenzione primaria, mira a ridurre i sintomi dei soggetti già sensibilizzati.

La prevenzione terziaria, esplicandosi nella stessa maniera di quella primaria, mira a prevenire le complicanze a distanza della cronicizzazione della malattia e a migliorare la qualità di vita dei pazienti.

Ebbene si lo confesso: quest'ultime affermazioni e la teoria che la "guerra preventiva" ad acari & coll. sia la strada giusta, già fa accarezzare al sottoscritto l'idea della stesura di un piccolo manuale di sopravvivenza da profilassi ambientale, dal titolo "Profilassi è bene, defilarsi è meglio". Ora vi spiego il perché.

Vari studi, tra cui uno svoltosi in Canada e l'altro nell'isola di Wright, ormai bonificata da hippies e barboni di ogni risma, hanno dimostrato una certa efficacia della prevenzione ambientale, ma inferiore alle aspettative.

In questi studi, bambini con familiarità per atopìa sono stati suddivisi in due gruppi, il primo è stato sottoposto a programmi di allontanamento da allergeni ed il secondo relegato a semplice controllo, ovvero ad una vita normale, infatti, i componenti di quest'ultimi, immagino che si saranno "stravaccatamente" divertiti a saltare sui letti e

spupazzarsi peluches di ogni tipo, alla faccia del primo gruppo, snobbisticamente collocato in un eremo di ordine e pulizia.

I due gruppi furono controllati fino ad otto anni e si vide una riduzione assoluta della prevalenza di allergie dell'11% per lo studio inglese e del 5% per quello canadese.

Sempre nell'ambito della prevenzione primaria, in uno studio di Roost e coll., è stato evidenziato il ruolo protettivo del gatto nella prevenzione dell'asma nei primi sei anni di vita, ma questo studio presenterebbe un errore di campionamento, in quanto le famiglie di atopici non tendono a tenere animali in casa.

E' dubbia l'epoca cruciale di vita per lo sviluppo della sensibilizzazione, Custovic e coll. hanno fatto uno studio sulla prevenzione ambientale nelle famiglie, durante una gravidanza e successivamente nel primo anno di vita del bambino. A 12 mesi di distanza dalla nascita del bambino gli autori hanno riscontrato una significativa riduzione dei sintomi respiratori e sensibilizzazione ad acari e gatto rispetto al "famigerato" controllo.

Resta, a mio avviso, da verificare la successiva insorgenza di allergie, per quei soggetti sottoposti, nell'ambito di tutti questi studi, a prevenzione ambientale primaria e ormai restituiti a vita normale e ahi loro ipotizzarne un successivo reclutamento in programmi di prevenzione secondaria e terziaria!

A questo punto la prevenzione ambientale, nell'ambiziosa intenzione di impedire "tutto", ha generato uno stress da prevenzione dai contorni vagamente inquietanti. Ormai orde di massaie con eserciti di colf, mauriziani e rumene, reclutati alla bisogna, (ma come mai loro non hanno allergie?) sono lì a combattere l'umidità dell'aria (non superiore a 50%) e la temperatura (non più di 18-20°) con costosissimi climatizzatori e deumidificatori, attenti che sia assicurata la ventilazione dell'ambiente e scongiurata la presenza di muffe, con rivestimenti appositi e lampadine accese nei luoghi bui della casa.

Loro rifaranno i letti nel pomeriggio, piuttosto che al mattino, per fare ventilare le lenzuola, (che figuraccia se arriva improvvisamente la suocera!). Le lenzuola saranno raggrinzite e avvizzite da periodici lavaggi a 60°, gli abiti saranno conservati in sciccosissimi sacchi di plastica e la cucina sarà dotata di una cappa aspirante che oltre ad assicurare un effetto "Wella" ai capelli della madre, priverà gli inquilini del godimento di odori di stufati, brasati e coll.. E dei pavimenti ne vogliamo discutere? meglio il costosissimo marmo o parquet che un'economica moquette.

Occhio agli aspirapolvere che devono essere dotati di filtro ad acqua e di filtri ad alta efficienza.

Ah dimenticavo! se già non lo avete fatto trasferitevi subito e lasciate la vostra umida casa a pian terreno e munitevi di abitazione ai piani alti, magari un bell'attico.

Spostando l'obbiettivo o mirino nei programmi di prevenzione secondaria e terziaria, l'angoscia non cambia per i soggetti che non sono stati sottoposti ai summenzionati programmi.

Molti di loro ormai sensibilizzati a tutte le "schifezze" di questo mondo, (ma lo sarebbero stati comunque?) verranno presi per le orecchie e sottoposti a programmi di prevenzione secondaria ma, niente paura, entrambi i gruppi si rivedranno insieme più avanti nell'ambito della prevenzione terziaria e, ormai vecchi e catarrosi, tra un ronco e un puff di salbutamololo, sibileranno tra di loro la nostalgia di una infanzia perduta.

I santi innocenti di Claudio Camarca

Edizioni Baldini e Castoldi pag.164 costo Euro 14,50.

Libro inchiesta sulla pedofilia vista dal di dentro. Nei "Santi innocenti" lo scrittore narra una serie di esperienze, vissute in prima persona, per denunciare questo male insidioso.

L'autore, fingendosi pedofilo, via internet, entra in contatto con alcuni pedofili, che sono alla ricerca, non solo dei propri oggetti del desiderio, ma anche di una sorta di sentimento di fratellanza abietta che li accomuna, quasi una specie di giustificazione morale ai loro turpi desideri.

Ne scaturisce un'esperienza sofferta ma reale, che si stenta non solo a credere, ma anche ad immaginare.

E' una denuncia che incrina le nostre sicurezze domestiche, perché spesso è proprio dentro la famiglia che si nascondono le serpi peggiori.

Non vi è alcun dubbio che questo è un libro di non facile lettura, sia per la crudezza del racconto, che per le immagini vivide che evoca, quasi a volerci togliere definitivamente quella maschera di ipocrisia, che ci ha impedito di vedere un mondo, per tanto tempo rimasto come segregato, negli oscuri meandri delle periferie di città come Bucarest, Bangkok, Rio de Janeiro, Saigon.

Un mondo che si disvela in tutto il suo orrore e nel lettore muta sorge una domanda "Ma Dio dov'è?"

Gino Miano

LO STUPIDIATRA

a cura di Fidifo

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

Questa puntata dell'ormai famigerato stupidiatra voglio dedicarla all'anamnesi, gioia e delizia di tutti, tombino su cui rovinare e su cui spendere le più amene figuracce della propria vita. Chi non si è rivoltato dalle risate leggendo gli strafalcioni altrui, noncurante delle proprie? Ecco qualche esempio:

"Genitori tutti viventi", anamnesi sicuramente raccolta in qualche comune di Hippies e comunque prodromica di una evoluzione sociale da alcuni ambita e da altri no (mi riferisco a quelli che la subiscono).

L'ameno svolgersi dell'armoniosa vita coniugale spesso può incepparsi in piccoli incidenti di percorso: "Padre vivente, madre deceduta all'età di 37 anni a colpi di mortaio" e "madre vivente, padre scomparso (lupara bianca)", è il risvolto di una vita spesa in offerte "che non si possono rifiutare".

Un caso di partenogenesi è stato descritto anamnesticamente, lo si evince dalla lettura di "In famiglia vi è stato un altro caso di parto gemellare da parte del nonno paterno", ma il culmine viene raggiunto da un miracolo di biblica memoria: "Proviene da due aborti", anche se un dubbio potrebbe venire dall'esame estetico dei due genitori.

Ribadisco il mio grido nel deserto, scrivete in redazione le vostre esperienze! Prima che le mie siano esaurite!!!!

L' ANAFILASSI

PICCOLE EMERGENZE

di ANTONIO RUSSO

L'anafilassi è una reazione d'ipersensibilità immediata potenzialmente letale.

Il meccanismo patogenetico risiede nella degranolazione di mastociti e basofili con liberazione di mediatori responsabili della risposta sistemica (aumento della permeabilità capillare ed edema delle mucose, a loro volta responsabili dell'ipotensione e dell'insufficienza respiratoria).

La distinzione tra anafilassi (degranolazione mediata da IgE) e reazione anafilattoide (degranolazione diretta) non ha alcuna rilevanza sul piano terapeutico.

La prognosi è direttamente correlata alla precocità ed alla correttezza del trattamento.

La diagnosi delle forme gravi è facile, mentre può non essere immediata nelle forme lievi-moderate; in queste ultime i sintomi (eritema, orticaria, prurito, rino-congiuntivite, angioedema, tosse, broncospasmo, nausea, vomito, malessere, perdita di coscienza) possono essere variamente combinati e di diversa entità, e possono progredire o no verso il quadro caratteristico dell'anafilassi grave (compromissione respiratoria e/o ipotensione).

La diagnosi è essenzialmente clinica (il dosaggio di istamina e triptasi non è attuabile in urgenza e non deve ritardare il trattamento). E' fondamentale per la diagnosi il dato anamnestico del contatto con l'allergene (alimenti, punture d'insetti, farmaci).

La somministrazione di vaccini può causare raramente anafilassi (0,1-0,3/100.000 dosi di vaccino).

L'adrenalina rappresenta il farmaco di primo impiego nella terapia dell'anafilassi, mentre gli antistaminici e gli steroidi, sebbene ampiamente usati, vanno eventualmente somministrati dopo l'adrenalina oppure nelle

forme lievi di anafilassi. Infatti, la quantità di istamina rilasciata nell'anafilassi è così elevata da rendere inoperante il blocco recettoriale del farmaco.

Gli steroidi possono avere un ruolo nel controllo dell'edema e del broncospasmo nelle fasi successive. L'effetto alfa adrenergico dell'adrenalina risolve l'edema delle mucose respiratorie ed innalza la pressione arteriosa. La dose di adrenalina è di 0,01 mg/kg (cioè 0,01 ml/kg della soluzione 1/1000) per via intramuscolare (dose massima 0,5 ml).

Questa via di somministrazione determina un picco ematico più elevato e più rapido rispetto alla tradizionale via sottocute, che è ormai da proscrivere.

In situazioni d'emergenza o quando non si conosce il peso del paziente, si possono usare le dosi standardizzate per fasce d'età (tabella).

L'adrenalina intramuscolo è efficace e sicura, e non necessita di monitoraggio ECG. La via endovenosa non dovrebbe essere mai usata in ambito extraospedaliero, se non in caso di morte imminente e comunque diluita 1/10.000 o più.

In caso di anafilassi grave, non bisogna dimenticare le misure di supporto, quali la posizione distesa con gli arti inferiori sollevati, la somministrazione di fisiologica in vena e di ossigeno in maschera.

ETA' (anni)	Adrenalina (Volume di soluz.)
1	0,1
2-3	0,2
4-7	0,3
8-11	0,4
>11	0,5

ALLARME MENIGITE

di GAETANO BOTTARO

Oggi a distanza di qualche mese e con una soglia di attenzione più attenuata, affrontiamo il problema meningite, che solo poche settimane fa ci ha portato ad essere tempestati dai media e di conseguenza dai nostri pazienti, causa le allarmanti notizie di una epidemia di meningite nelle zone del milanese (Magenta ed Abbiategrasso) e sulla conseguente campagna di stampa su: vaccinazione sì, vaccinazione no. I casi sono stati 7 in tutto di cui solo due fatali. Per quanto accaduto l'ASL Milano 1, il 20 gennaio ha fatto partire, solo per i bambini di Magenta, una campagna vaccinale contro il meningococco tipo C, definita non obbligatoria, ma raccomandata, con valore sperimentale e di studio, in quanto prescinde dalla situazione epidemiologica, poiché i casi accertati non differiscono, in modo statisticamente significativo, da quelli dei precedenti anni. L'ASL MI 1 ha raccomandato la vaccinazione a tutta la popolazione infantile fino a 11 anni, inserita in comunità scolastiche.

Ma è stato giustificato tutto questo? O è solo la riposta politica ad una paura collettiva? In Italia i dati epidemiologici dell'I.S.S. (che ciascuno può andare a vedere sul sito), ci dicono che dal 1994 le notifiche di meningiti batteriche sono andate via via aumentando, più per una maggiore completezza di informazione frutto delle maggiori segnalazioni, che per un reale incremento di incidenza. Il patogeno più frequentemente identificato è lo pneumococco (33%), seguito dal meningococco (30%) ed infine dall'haemophilus influenzae (14%).

Lo Streptococcus Pneumoniae è responsabile di una meningite ad elevata letalità (12%) specialmente se associata a batteriemia, che esordisce in modo acuto e brusco con febbre alta e letargia. Maggiormente colpiti sono gli adulti, infatti l'età media è più alta di quella della meningite da meningococco, anche se un buon numero di casi si raggruppa nella fascia di età 0-4 anni (17%) e globalmente la fascia di età 0-14 anni copre il 22% di tutte le meningiti da pneumococco. E' importante da segnalare, che il trend delle segnalazioni di meningiti da pneumococco dal 1994 al 2002, è andato aumentando con un picco nel 1999.

Per quanto riguarda il vaccino, sappiamo che i polisaccaridi della capsula hanno scarsa immunogenicità sotto i due anni, infatti il vaccino polisaccaridico 23-valente è indicato negli adulti e negli anziani con periodici richiami.

Invece il vaccino coniugato 7-valente, disponibile per i bambini, ha dimostrato ottima

copertura, dove è stato massicciamente utilizzato (USA, Finlandia, etc.), con una forte caduta di incidenza di forme invasive, senza un aumento di incidenza delle infezioni da ceppi non contenuti nel vaccino. Comunque a breve saranno disponibili altri vaccini a 9 e 11 componenti, per aumentare lo spettro di copertura. L'incidenza della meningite da meningococco (Neisseria Meningitidis) in Italia è bassa (3-6 casi per milione) rispetto alla media europea (14 casi per milione). Il Meningococco predilige i bambini soprattutto nella fascia 0-4 anni (32%). La maggior parte delle segnalazioni riguarda il sierotipo B (69%), il sierotipo C è stato identificato nel 24% dei pazienti e il sierotipo A solo nel 2% delle segnalazioni. La diffusione del meningococco dimostra una forte stagionalità soprattutto nei mesi invernali, di seguito alle epidemie influenzali.

Spesso condizioni di sovraffollamento in ambienti chiusi facilitano la trasmissione dell'infezione, che quindi ha carattere di epidemia circoscritta. Per quanto riguarda la vaccinazione, esistono due preparazioni: uno contenente i sierotipi A,C, Y, W135, scarsamente protettiva sotto i due anni; l'altro, coniugato per il sierotipo C, altamente immunogeno anche nel bambino. Purtroppo non esistono vaccini per il sierotipo B. Secondo gli esperti dell'ISS, poiché in Italia la circolazione del sierotipo C è molto limitata nel bambino, campagne vaccinali verso questo non sembrano al momento giustificate.

Al contrario della meningite pneumococcica dove non si consiglia profilassi antibiotica dei contatti, nel caso di meningite meningococcica si consiglia la somministrazione di rifampicina ai contatti diretti di un caso, entro le 24 ore dall'esposizione.

Più semplice è il discorso sulla meningite da haemophilus influenzae, che è andata progressivamente scomparendo per effetto della vaccinazione, soprattutto da quella fascia di età (0-4 anni) che rappresentava la quasi totalità di tutti i casi. Cosa possiamo dire quindi ai nostri pazienti: 1) non c'è un'emergenza meningite a Catania; i dati epidemiologici locali lo confermano ampiamente; 2) con la vaccinazione antiemofilo è quasi scomparsa una delle cause di meningite; 3) tutti i bambini a rischio (cardiopatici, portatori di valvole cerebrali, etc.) possono essere vaccinati per pneumococco e per meningococco C; 4) per le vaccinazioni di massa bisogna aspettare che si rendano disponibili vaccini efficaci ad ampia copertura.



Pillole di...
endocrinologia

SINDROME ADRENOGENITALE

(seconda parte)

di FRANCESCO PRIVITERA

Nel numero precedente della rivista abbiamo parlato della forma più diffusa di sindrome adrenogenitale (SAG), cioè quella da deficit dell'enzima 21-idrossilasi.

Riprendendo la tab.1,

**Tab. 1
DIFETTI ENZIMATICI
DELLA S.A.G.**

(in ordine decrescente di frequenza)

- Deficit di 21-idrossilasi (95% dei casi)
- Deficit di 11-β-idrossilasi
- Deficit di 3-β-olo-deidrogenasi
- Deficit di 17-α-idrossilasi
- Deficit di corticosterone metilossidasi (tipo 1 e 2)
- Deficit di 20-22 desmolasi

vediamo che ne esistono anche altre forme, sebbene molto più rare, le quali verranno brevemente trattate per completezza d'informazione.

1. SAG da deficit di 11 - β - idrossilasi

Questo enzima idrossila l'11-desossicortisolo a cortisolo, per cui la sua carenza porta ad un aumento degli steroidi a monte e cioè di 11-desossicorticosterone (DOC) e di 11-desossicortisolo, nonché un aumento della quota androgenica.

La ridotta secrezione di cortisolo è la causa dell'iperproduzione ipofisaria di ACTH.

Per quanto riguarda i segni clinici di virilizzazione, essi

sono simili a quella della SAG da deficit di 21-idrossilasi (virilizzazione e genitali ambigui nelle femmine e pseudopubertà precoce nei maschi), mentre un sintomo distintivo è la presenza di ipertensione, spesso accompagnata da ipopotassiemia, che però è assente nei primissimi anni di vita. L'aumento dei livelli ematici di DOC è la causa dell'ipertensione e dell'assenza dei sintomi della perdita di sali.

Possiamo avere una forma grave (classica) ed una lieve (non classica).

2. SAG da deficit di 3-β-olo- deidrogenasi

Questo enzima è necessario per trasformare i 5-steroidi (pregnenolone, 17-OH-pregnenolone e DHEA) in 4-steroidi (progesterone, 17-OH-progesterone e androstenedione). Pertanto la sua carenza, porta a deficit di aldosterone, cortisolo e androgeni.

Nella forma classica (più grave), si ha perdita di sali nel neonato ed i maschi presentano ipospadia ed incompleta virilizzazione, mentre le femmine sono solo lievemente virilizzate.

Nelle forme non classiche (più lievi), i genitali sono normali e non c'è perdita di sali e nelle femmine si possono

avere irsutismo, infertilità, disturbi mestruali e ovaie policistiche. Il segno caratteristico di questa forma di SAG è l'aumento notevole dei 5-steroidi.

I pazienti potrebbero anche avere un aumento dei livelli di 17-OH-progesterone a causa dell'attività enzimatica extrasurrenalica e possono per tale motivo essere confusi con soggetti affetti da deficit di 21-idrossilasi.

3. SAG da deficit di 17 - β - idrossilasi

In questa forma si ha una iperproduzione di DOC che provoca ipertensione, ipopotassiemia e soppressione di renina ed aldosterone.

Vi è inoltre anche un'incapacità a produrre una normale quota di ormoni sessuali, quindi i maschi presentano segni di incompleta virilizzazione e mostrano genitali esterni femminili o ambigui (pseudoermafroditismo), mentre le femmine presentano mancato sviluppo sessuale nel periodo puberale.

Da ricordare che questo deficit deve essere preso in considerazione nella diagnosi differenziale dello pseudoermafroditismo maschile o della femminilizzazione testicolare e nelle femmine nella diagnosi differenziale dell'ipogonadismo primario.

4. SAG da deficit di corticosterone metilossidasi (CMO tipo I e II)

In questo tipo di SAG si ha solo un difetto isolato di produzione di Aldosterone e precisamente nel tipo I c'è la carenza di 18-idrossilasi per cui viene bloccata la tappa che porta alla formazione di 18-OH Corticosterone con conseguente aumento dei livelli di Corticosterone e bassi livelli di 18-OH Corticosterone; nel tipo II c'è la carenza di 18-ossidasi che, bloccando la trasformazione di 18-OH Corticosterone ad Aldosterone, provoca un aumento notevole dei livelli ematici di 18-OH Corticosterone.

Clinicamente sono simili e danno i sintomi classici di

ipoadosteronismo: vari gradi di iponatremia e di iperpotassiemia con acidosi metabolica shock ipovolemico e disidratazione.

La diagnosi viene fatta dosando i livelli ematici di 11-DOC, Corticosterone, 18-OH Corticosterone, Aldosterone, e la differenza tra le due forme si fa soprattutto col rapporto tra 18-OH Corticosterone e Aldosterone che è normale nella CMO tipo I, mentre è alto nella CMO tipo II. La renina è alta nelle due forme.

5. SAG da deficit di 20-22 desmolasi detta anche "iperplasia surrenale lipoidea"

La mancanza di questo enzima comporta una mancata scissione della

catena laterale del colesterolo, quindi ad un notevole accumulo di esso stesso e di lipidi nella corteccia surrenale nonché alla mancata sintesi di qualsiasi steroide surrenalico.

Lo stesso difetto enzimatico è presente nei testicoli, per cui anche in tale sede è bloccata la sintesi di ormoni. Ciò porta ad avere maschi con genitali esterni femminili e femmine che hanno genitali normali. I sintomi legati alla perdita di sali sono presenti; i bambini spesso vanno incontro ad exitus nella prima infanzia.

Spesso questi soggetti vengono confusi con i soggetti affetti da ipoplasia surrenalica, poiché i livelli di steroidi surrenalici sono bassi.



Il Paracetamolo per il trattamento della febbre nei bambini



Dall'ultima volta che la Cochrane Library (28 Gennaio 2002) ha effettuato un controllo per accertarsi dell'utilità dell'uso del paracetamolo nelle febbri del bambino e per verificarne l'effetto sulla durata della febbre, la prevenzione delle convulsioni febbrili e la risoluzione dei sintomi ad essa associati, non si era proceduto a ulteriori ricerche.

Ma ecco che a distanza di... un solo anno (sic!) ci viene in soccorso un nuovo studio!

Cochrane Review

Strategia della ricerca

Sono stati ricercati lavori riguardanti la febbre nei seguenti indici:

- a Cochrane Infectious Diseases Group (fino al Novembre 2001)
- a Cochrane Controlled Trials Register (The Cochrane Library Issue 4, 2001)
- a MEDLINE (dal 1966 al Novembre 2001)
- a EMBASE (dal 1988 al Novembre 2001)
- a LILACS (2001, 40a Editione in CD-ROM),
- a Science Citation Index (Novembre 2001)
- a Liste di articoli di argomento connesso, e ricercatori nel campo.

Criteri di selezione:

L'obiettivo dello studio era di ricercare se vi fossero studi randomizzati e semi-randomizzati che confrontassero:

(1) paracetamolo versus placebo o versus nessun trattamento; (2) paracetamolo versus metodi di raffreddamento fisici (es. spugnature, bagni, o raffreddamenti con aria); (3) il confronto tra i tempi di sfebbramento e (4) la mancata insorgenza di convulsioni febbrili.

Soltanto 12 studi (1509 partecipanti) rispettavano i criteri di inclusione, anche se non erano omogenei.

Risultati:

A) Non si sono trovati dati disponibili per il primo confronto (paracetamolo versus placebo o nessun trattamento).

B) Vi sono insufficienti evidenze che dimostrino che l'uso del paracetamolo riduca il rischio di convulsioni.

In una meta-analisi di due studi (120 arruolati), la proporzione tra i bambini senza febbre alla seconda ora dopo trattamento con paracetamolo non era statisticamente

significativa in confronto con quelli che erano stati "spugnati" (Rischio relativo 1.84; Intervallo di confidenza tra 0.94 e 3.61). Peraltro i tests statistici hanno mostrato una eterogeneità tra i gruppi che ricevevano paracetamolo e quelli trattati con mezzi fisici. Non è stato osservato nessun grave effetto collaterale e il numero dei bambini con effetti avversi di media entità, comunque veramente pochi, non era significativamente maggiore in quelli trattati con paracetamolo in confronto a quelli trattati con placebo o mezzi fisici.

Conclusioni

Non si può affermare con assoluta certezza che il paracetamolo posseda effetti antipiretici maggiori di quelli posseduti dai mezzi fisici e non vi sono evidenze che possono definirsi conclusive sul maggiore effetto antipiretico dello stesso in confronto al placebo.

Commento: tra poco non ci resta che...pregare!

(Meremikwu M, Oyo-Ita A. Paracetamol for treating fever in children (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1 2003. Oxford: Update Software)

ARRIVANO I NOSTRI...

E' nata l'Associazione per i medici accusati di malpractice ingiustamente (Amami).

Se i giudizi penali e civili che vedono sul banco degli imputati camici bianchi accusati di non assolvere ai loro doveri professionali - spiegano i promotori

dell'associazione - le sentenze definitive di condanne sono molto poche." L'Amami - dichiara il presidente, Maurizio Maggiorotti - vuole perciò rappresentare un'associazione di tutela e sostegno per tutti quei medici che hanno visto accogliere le loro ragioni in sede di giudizio e che, quindi, intendono rivendicare un risarcimento per i danni subiti

da un'accusa rivelatasi poi nel dibattimento processuale ingiusta e infondata".

L'associazione, oltre alla disponibilità di parere tecnico-giuridico e di sostegno legale, sostiene e promuove leggi regionali, nazionali e comunitarie, che proteggano in sede legale il medico ingiustamente accusato.

www.malpractice.it
(Sito in costruzione)

