



a.c.p.

note di cultura per il pediatra

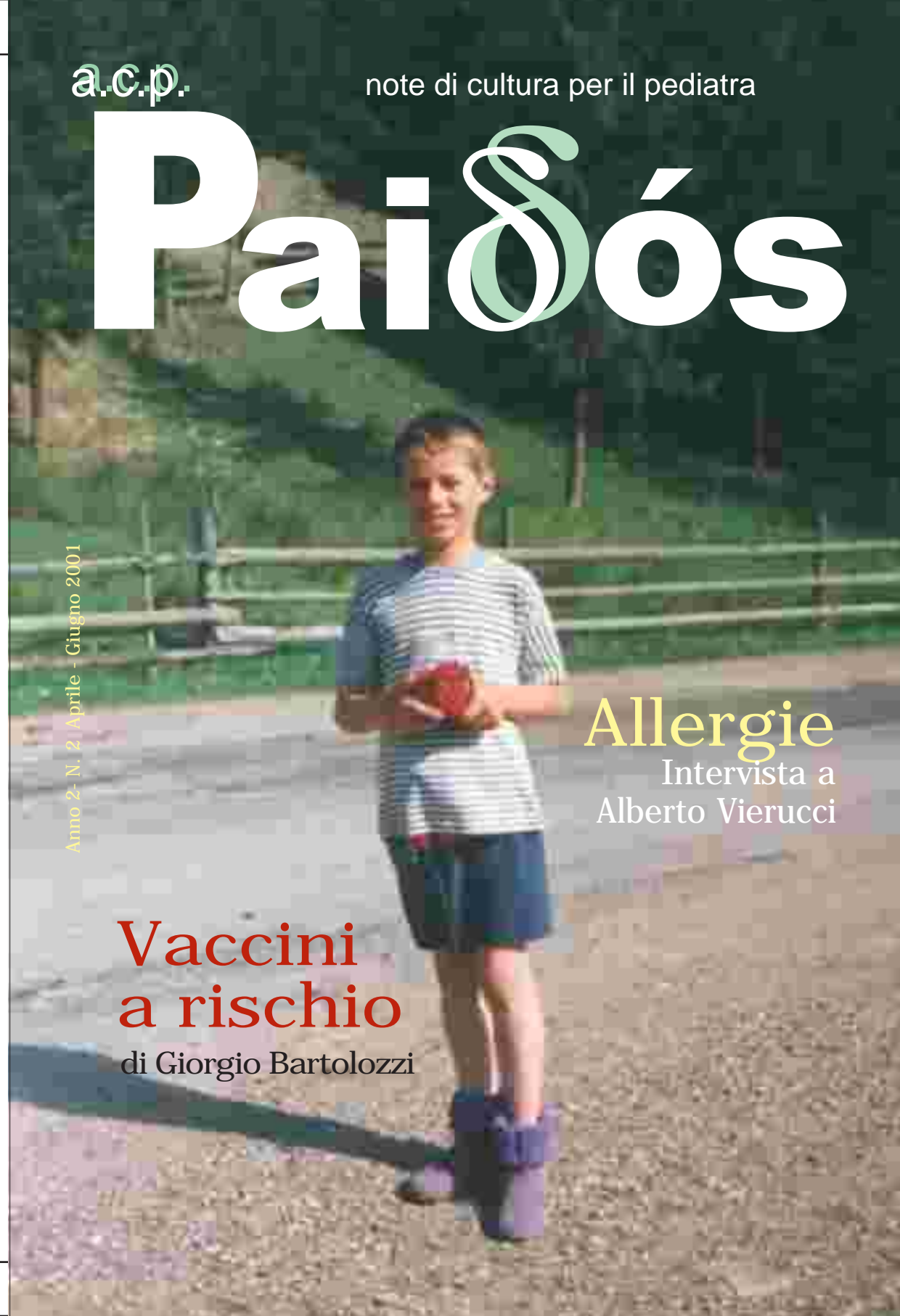
Paiδός

Anno 2- N. 2 | Aprile - Giugno 2001

Allergie
Intervista a
Alberto Vierucci

**Vaccini
a rischio**

di Giorgio Bartolozzi



Pillole di diabetologia

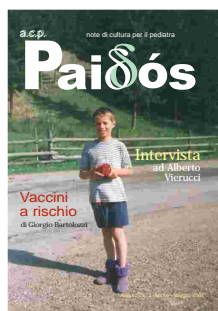


Leggera iperglicemia. Cosa fare se il dato a digiuno è uguale o superiore a 126mg./dl ? Poiché si è di fronte ad un diabete preclinico, si consiglia ricovero, specialmente se presente glicosuria. Se riscontriamo una glicemia tra 100 e 125mg in un bambino sopra i tre anni di età, bisogna fare degli accertamenti in quanto il rischio di sviluppare un diabete è del 2.5% durante tre anni di follow-up. Quindi si fa un test di carico orale di glucosio (OGTT) per verificare un diabete asintomatico. Se il test risulta normale si ricercano gli anticorpi: anti-insulina pancreatica (ICA), anti-insulina (IAA), antiglutammico-decarbossilasi (GADA) e anti-tirosin fosfatasi insulare (IA-2A); i soggetti che risultano positivi per due o più di questi autoanticorpi hanno una grande probabilità di ammalarsi di diabete nel giro di pochi anni. Chi invece è positivo per un solo tipo di autoanticorpo, va comunque seguito nel tempo in quanto la comparsa nel sangue degli autoanticorpi avviene in tempi successivi. Un test più sensibile dell'OGTT è il carico endovena di glucosio (IVGTT), dove si vede la risposta insulinemica (soprattutto la risposta immediata o FPIR). In base ai risultati dell'IVGTT e degli autoanticorpi si stabiliranno i tempi del follow-up.

Febbre e malattia acuta. Poiché le malattie acute, soprattutto con febbre, possono incidere sia in maniera diretta che indiretta sui metabolismi glucidico, proteico e lipidico, nei bambini diabetici è utile suggerire alcuni comportamenti:

- non interrompere mai la terapia insulinica
- intensificare i controlli glicemici (prima e dopo due ore dal pasto e almeno una volta durante la notte)
- controllare la chetonuria (anche nel bambino non diabetico è positiva) adeguamento della dose insulinica in base ai valori ottenuti ed alle esigenze alimentari
- conviene fare più dosi di insulina pronta per avere più possibilità di modulazione (questo è più difficile con le insuline lente o emilente)
- nella difficoltà di prevedere i cicli sonno veglia e la quantità di cibi assunti ed assimilati si consiglia di praticare l'insulina pronta subito prima del pasto o addirittura subito dopo (si possono usare anche gli analoghi dell'insulina poiché hanno una maggiore rapidità di azione ed una minore emivita)
- nelle malattie gastrointestinali dove si riducono la digestione e l'assorbimento degli alimenti e dove si ha una maggiore perdita di liquidi si possono ammettere anche bevande zuccherate sempre accompagnate da un più scrupoloso controllo glicemico.

Dopo la fase acuta si ritorna al normale schema terapeutico, prestando ancora attenzione nei giorni successivi, soprattutto se la malattia ha interessato il tratto gastrointestinale.



Direttore responsabile
Francesco La Magna

Coordinatore
Alberto Fischer

Comitato Scientifico
Pasquale De Luca
Lorenzo Pavone
Benedetto Polizzi
Alfio Raciti-Longo
Antonio Russo
Gino Schilirò

Responsabile di redazione
Antonino Gulino

Comitato di redazione
Salvo Bonforte
Gaetano Bottaro
Rosario Bucchieri
Filippo di Forti
Vito Marletta
Giuseppe Mazzola
Francesco Privitera
Salvatore Spitaleri

Collaboratori
Maria Rita Allegra
Daniela Ginex
Angelo Milazzo

Segreteria e Grafica
A.S.C. Europromo
di Marilisa Fiorino
redazione.paideos@tiscalinet.it
Tel. 095 7465336
Fax 095 477421

Stampa
Tipolitografia "TM"
Santa Venerina (CT)
Via N. Martoglio 93

Questo periodico è distribuito gratuitamente ai pediatri

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

EDITORIALE

IL PIFFERAIO DI HAMELIN

di Alberto Fischer

Ricordate la favola del pifferaio magico? Ebbene, mentre ancora sugli schermi televisivi si alternano le immagini sorridenti dei berlusconiani della prima e dell'ultima ora, le analisi e le controanalisi dei cultori della politica italiana sugli esiti della recente consultazione italiana, io cerco consapevolmente di non farmi trascinare da quella teoria di topi impazziti che al seguito del suono magico di un piffero vanno inconsapevolmente a gettarsi nelle acque limacciose del fiume. Oggi, più che mai rispetto ad un passato storicamente recente, abbiamo più armi, più cultura e coscienza per poterci difendere da tutti i pifferai, ma questi hanno modificato la loro musica, l'hanno resa più accattivante, più in sintonia coi tempi, più motivata, formalmente libera di esser ascoltata o meno. Fingono con i loro media-mezzi di rispettare i nostri interessi o bisogni dando ampio spazio alle nostre libertà (di espressione, di parola, di movimento, di scelta) ma in realtà creano i nostri bisogni, le nostre libertà, le nostre idee, la nostra cultura, i nostri comportamenti. Poche le voci fuori dal coro, e ascoltate da pochi! Oggi new economy e globalizzazione, al cui altare tutto stiamo sacrificando, sono le nuove forme di totalitarismo da cui ci dobbiamo difendere. Iniziamo dal nostro microcosmo professionale, individuando il pifferaio di turno, facendogli capire che non abbiamo perso il senso critico, che le sue affermazioni non sono verità assolute ma debbono passare al vaglio dell'analisi, della riproducibilità, della verifica quotidiana, per essere accettate, che il ruolo intellettuale o artistico o politico o scientifico da questo ricoperto non può condizionarci nelle scelte se non correttamente e democraticamente esaminate, che la modifica dei nostri comportamenti deve passare attraverso una consapevole presa di coscienza ed una analisi critica di quanto ci viene imposto. Sarà il farmaco nuovo, sarà la nuova teoria scientifica, o una linea di condotta da perseguire, ma cerchiamo sempre di esser attivi nelle scelte e soprattutto di esser noi a scegliere.

SOMMARIO

- 3 Editoriale
- 4 Vaccini a rischio
- 6 Elettrosmog ambiente
- 8 Dalla pediatria alla omeopatia
- 10 Le patologie allergiche
- 12 Additivi alimentari
- 13 Sogno di un pediatra qualunque

RUBRICHE

- 14 Un pediatra al cinema
- 14 L'angolo della poesia
- 15 La posta di Albertino

A proposito di ...

- 17 Lo scroto acuto

NEWS DALLA RETE

- 18 Consumo di bevande dolci e obesità nell'infanzia
- 18 Rischi ed errori della Sanità Italiana

NOTIZIE IN BREVE

- 19 Pillole di diabetologia

Foto copertina:
bimbo romeno vende more ai passanti

VACCINI A RISCHIO

LA RUBRICA

DI BARTOLOZZI



Sarebbero quelli preparati con muscolo di bovino di cui non è chiara la provenienza geografica.

di Giorgio Bartolozzi *

La notizia riportata sulla Nazione (Quotidiano di Firenze - Aprile 2001) è vecchia di 4-5 mesi. Per prima comparve sull'MMWR (Morbidity and Mortality Weekly Report del CDC di Atlanta) di allora che riportava che per la preparazione di alcuni vaccini erano stati usati terreni, preparati con muscolo di bovini, di cui non era chiara la provenienza geografica. Secondo il Dipartimento dell'Agricoltura USA tutti i terreni, preparati in Europa, compresi anche i Paesi nei quali non erano stati ancora evidenziati casi di mucca pazza (BSE), erano da considerare a rischio. In quel momento l'Italia non aveva ancora ritrovato il primo caso di mucca pazza. Nella relazione

del Ministero USA dell'Agricoltura sono considerati a rischio anche tutti i terreni per i quali non viene specificata l'origine geografica dei bovini, con i quali siano stati preparati i terreni. Nella relazione viene riferito un sito internet, nel quale vengono riportati i nomi dei vaccini, in commercio in USA, che sono considerati a rischio: fra questi ci sono alcuni prodotti europei, ma anche due vaccini preparati in USA. Comunque mi sembra sia inutile riportare il nome dei vaccini considerati a rischio in USA, perchè a ben guardare fra i nostri vaccini possiamo considerare che molti rientrano nella categoria, definita a rischio, secondo i criteri USA. Ma stiamo ben attenti, quale rischio?

Nella relazione viene sottolineato più volte che si tratta di un rischio "teorico", non basato su alcun riscontro effettivo. Ormai in molte delle attività assistenziali è entrato il concetto di "prudenza", anche se questa non è basata su nessuna prova particolare. E' lo stesso discorso che viene fatto per gli organismi geneticamente modificati, per i campi di onde elettromagnetiche e altro.

Comunque giova ricordare che nella relazione riportata sull'MMWR, viene sottolineato che il mantenimento in commercio di questi vaccini può prolungarsi fino al 31 dicembre 2001, dopodichè per ogni vaccino deve essere specificata l'origine dei bovini, con i quali sia stato preparato il terreno. Questo lungo lasso di tempo (più di un anno al momento dell'enunciazione) ci tranquillizza oltremodo, perchè sappiamo con quanto scrupolo le autorità sanitarie USA difendono i loro assistiti. Ricordo quanto è avvenuto con il vaccino contro i rotavirus: sono bastati 13 casi d'invaginazione intestinale per far ritirare il vaccino dal commercio, immediatamente. D'altra parte è ormai sicuro che il tessuto

muscolare scheletrico e il latte di mucche infette non sono dotati di alcuna infettività, anche se i metodi di macellazione potrebbero avere un ruolo nella diffusione dei prioni. Alla domanda diretta di quale sia il rischio che un vaccino preparato con terreni di bovini a rischio contenga l'agente della BSE, la Food and Drug Administration ribadisce che non ci sono prove che i vaccini abbiano contribuito alla diffusione della variante della malattia di CJ in Europa. Nè ci sono prove che nel vaccino vi sia l'agente della BSE. Il rischio viene considerato come "remoto e teorico". Come ricorda una recente nota dell'Istituto Superiore di Sanità (5 aprile 2001): " le procedure di produzione dei

vaccini sono standardizzate per tutti i Paesi dell'Unione Europea, inclusa l'Italia, secondo le linee guida dell'Agenzia Europea per i Farmaci (EMA); nel giugno 2000 l'EMA ha concluso che tutti i vaccini sono sicuri, per quel che riguarda la trasmissione della BSE". Penso, sulla base di tutto questo, di avere a disposizione materiale sufficiente per difendere i vaccini da uno dei tanti attacchi da parte delle Associazioni contro le Vaccinazioni. Ciò non significa che la nostra attenzione e il nostro zelo non debbano essere continuamente e sempre presenti, a salvaguardia della salute dei nostri piccoli assistiti.

* Ospedale Meyer, Firenze

PEDIATRIA ON LINE Una nuova rubrica si aggiunge

Una nuova rubrica si aggiunge alla nostra rivista, grazie alla disponibilità del Prof.re Giorgio Bartolozzi e del collega Beppe Varrasi, dello Staff di Pediatria on line.

La nostra intenzione è quella di segnalare una o più e-mail del forum di "pediatria on line", che per l'argomento trattato possano essere di interesse per tutti i pediatri.

Il rapporto fra vaccini e BSE è stato oggetto di attenzione da parte di diversi organi di informazione, creando spesso grande allarme nelle famiglie. La risposta del Prof.re Bartolozzi ad un collega riesce come sempre a chiarire ogni dubbio e abbiamo pertanto ritenuto opportuno riproporvela.

A. G.

FIGLIO di un prione?

Il "caso" della mucca pazza, prepotentemente esploso sia nella cronaca, ma anche nel nostro quotidiano, ha riacceso l'attenzione verso un agente infettivo, del tutto particolare: i prioni. Individuati nel 1982 da Prusiner, che per tale scoperta si vide assegnato un Nobel, i prioni non sono altro che delle particolari proteine, simili a quelle naturalmente presenti in alcune cellule della superficie neuronale, ma modificate nella loro struttura stereochimica, e in grado di alterare proteine similari inducendo malattie negli animali e nell'uomo che vengono chiamate encefalopatie spongiformi.

La loro capacità infettante sfida i dogmi della biomedicina, poiché essi non contengono acidi nucleici (DNA o RNA), cioè non hanno quell'informazione genetica in grado di farle riprodurre con caratteri e funzioni geneticamente definiti. L'assenza di ac. nucleici nella loro struttura è stata più volte dimostrata da numerosi studi, che hanno messo anche in evidenza la particolare resistenza che i prioni hanno nei confronti di tutti gli enzimi o sostanze chimiche denaturanti gli ac, nucleici (proteasi,

nucleasi, alcali), mentre sono in parte sensibili alle sostanze chimiche denaturanti le proteine.

Essi sono il risultato di una modificazione di una proteina, la PrPc, normalmente presente nelle cellule neuronali, che per motivi sconosciuti, non senza l'intervento di mutazioni genetiche, si trasforma in una nuova proteina, la PrPsc, che diventa resistente alle proteasi e fa da stampo a cellule consorelle limitrofe, diffondendo gradualmente la stessa modificazione in grado di determinare vacuolizzazione delle cellule cerebrali.

Negli animali i prioni sono causa della s.e. della pecora, dell'alce, del visone, del cervo e della mucca (BSE). Nell'uomo le s.e. finora conosciute sono: la Creutzfeld-Jacob Disease (CJD), la Gerstmann-Straussler-Scheinker Syndrome (GSS), la Fatal Familial Insomnia (FFI), il Kuru e l'Alpers syndrome. L'incidenza della CJD è di un caso per milione di persone/anno. Sono tutte malattie neurodegenerative fatali caratterizzate clinicamente da perdita della coordinazione motoria, atassia, paralisi, demenza e morte tipicamente successiva a polmonite. Ora di Alberto Fischer

BAMBINI E CAMPI MAGNETICI

La Legge varata il 14 Febbraio pone il nostro Paese come il primo al mondo a recepire il "principio di precauzione" raccomandato dall'OMS. I campi elettrici vengono misurati in volt/metro (V/m) e i campi magnetici in microtesla (t). Le basse frequenze sono prodotte anche dalla rete di distribuzione elettrica e dagli elettrodomestici. Producono quindi un inquinamento "statico", importante soprattutto nei microambienti e nelle abitazioni. I limiti di 6 V/m oppure di 0,5 t, consigliati per gli ambienti abitati per più di 4 ore al giorno, vengono ampiamente superati dalle emissioni dei più comuni elettrodomestici. E' quindi necessario esporsi per il tempo strettamente necessario oppure tenersi a distanza di almeno un metro da queste apparecchiature.

Le misure riportate sono riferite a una distanza di 30 cm.

Televisore: fino a 2t. Lavatrice :fino a 3 t. Trapano:

2-16t. Radiosveglia: fino a 5 t. Asciugacapelli e rasoi elettrici: 6-2000t; sono quindi fra i più inquinanti e bisogna usarli il più breve tempo possibile. Telefoni cordless: fino a 8V/m; bisogna che siano tenuti a distanza dalla testa dei bambini. Forni a microonde: fino a 7 V/m. Frullatore: fino a 12 t. Ventilatore: fino a 40t. Lampada alogena: fino a 40 t. Lavastoviglie: fino a 3t. Aspirapolvere: 2-20t. Frigorifero: 0,5-1,7t. Monitor del computer: 0,2t. La nuova Legge prevede che tutti i dispositivi domestici dovranno avere un'etichetta o una scheda informativa.

Fra l'opinione " pubblica" i telefoni cellulari vengono assolti, a furor di popolo, come fonti di rischio. Essi vengono considerati talmente utili da non farli prendere in considerazione quali agenti di rischio per la salute. Fortunatamente essi sono stati assolti dagli studi epidemiologici e dalle indagini effettuate dai più prestigiosi enti di ricerca.

E L E T T R

di Angelo Milazzo

E' stato coniato il termine elettrosmog per indicare la costante saturazione dell'ambiente da parte di campi elettromagnetici, soprattutto di origine artificiale. Sono radiazioni non ionizzanti (Nir) tutte le radiazioni elettromagnetiche, tranne i raggi X e i raggi gamma.

Tutte le ricerche compiute negli ultimi 30 anni non hanno dimostrato che le Nir possano provocare patologie neoplastiche. Soltanto alcuni rilievi epidemiologici potrebbero far ipotizzare una prevalenza di 1,3 casi all'anno di leucemie infantile su tutto il territorio nazionale. Si pone quindi il problema se sia opportuno spendere decine di migliaia di miliardi che potrebbero

essere impiegati contro la diffusione di fattori e patologie che sicuramente provocano ogni anno centinaia di migliaia di ammalati gravi, nonché di morti, quali: fumo, alcool, incidenti, disturbi mentali, turbe del metabolismo, ecc.

Tuttavia l'Istituto Superiore di Sanità evidenzia che ci sono circa 200 mila Italiani esposti a radiazioni superiori a 0,5 microtesla, limite sopra il

quale c'è una evidenza di effetti cancerogeni.

Il tesla è l'unità di misura dell'induzione magnetica. Anche la Comunità Europea ha raccomandato l'applicazione del principio della cautela.

I limiti più recentemente raccomandati sono i seguenti: 100 microtesla per tutti gli ambienti, 0,5 per le zone abitate e 0,2 per i nuovi impianti.

Se ne discute da decenni ma tutte le ricerche non hanno dimostrato che le radiazioni non ionizzanti (NIR) provochino patologie neoplastiche

O S M O G

Due decenni circa di studi controllati permettono oggi di contrastare gli allarmismi, ma anche le eccessive minimizzazioni del problema e consentono di stabilire alcune conoscenze.

- I campi elettromagnetici interagiscono con i tessuti biologici. - L'interazione produce effetti biologici che non si traducono necessariamente in danni.

- Gli effetti termici (riscaldamento indotto dei tessuti) non possono manifestarsi negli ambienti frequentati dalla popolazione, in quanto solitamente generati da radar ad alta potenza.

- Per esposizione a campi a elevata frequenza e minore intensità, quali quelli presenti in vicinanza di trasmettitori radiotelevisivi, sono stati riportati altri effetti (non termici) che

si manifestano nel lungo periodo, quali: astenia, impotenza, disturbi della memoria.

- Una sicura correlazione di tali disturbi con l'esposizione a tali Nir non è però mai stata dimostrata. La non dimostrabile esistenza di effetti sanitari non può comunque esimere la comunità scientifica internazionale dal raccomandare la massima cautela. Così per le Nir si è introdotto il concetto di prudent avoidance, cioè di evitare con prudenza, ma evitando anche allarmismi e sensazionalismi. La recente guerra di carte bollate tra il Ministro dell'ambiente e la Radio Vaticana, nonché le dichiarazioni rassicuranti del Ministro Veronesi, hanno accentuato il dibattito, purtroppo troppo spesso guidato dagli ideologismi piuttosto che dalle conoscenze scientifiche.

DALLA PEDIATRIA ALLA OMEOPATIA

La Medicina allopatrica sta alla materia
come l'omeopatia sta all'energia.

di Salvatore Spitaleri

Ho scelto questo titolo perché mi richiama in mente” Dalla pediatria alla psicoanalisi” di WINNICOTT(Pediatra che, abbandonata la pediatria, si è occupato di psicoanalisi). Ma cosa c'entra la psicoanalisi con l'omeopatia? Forse nulla, ma certo è che Winnicott era un Pediatra e oggi molti Pediatri, su tutto il territorio Nazionale, si interessano e studiano altre branche, omeopatia per prima. Le motivazioni? Molte e nessuna, oggettive e soggettive: - Per primo penso che incida il fatto che gli orientamenti terapeutici, in Medicina Ufficiale, variano spesso e vengono contraddette le idee di molti anni fa. Ma non potrebbe essere diversamente perché la medicina è basata sull'evidenza. Parlando con molti colleghi

dicevamo che abbiamo impiegato la prima parte della nostra attività professionale ad imparare alcune cose e la seconda parte a confutarle. Ma non sarà una maggiore presa di coscienza?

- Inoltre il fatto che molti bambini con patologie infettive -batteriche (tonsilliti-bronchiti), vengono trattati sempre con antibiotici e non guariscono mai. Vuol dire che dobbiamo percorrere un'altra strada che si sta facendo strada...quella dell'Omeopatia, quella dell'astensionismo: consiglio di aspettare, mi diceva un collega. Un illustre Farmacologo, giorni fa, avvertiva che i farmaci vanno usati solo in casi eccezionali e quando non se ne può fare a meno.

- La considerazione che visitando i bambini abbiamo modo di

vedere le mamme e capire gli influssi che i genitori (specie la mamma) possono avere sul figlio. Una mamma possessiva non lascia al bambino o meglio alla bambina alcuna possibilità di linguaggio che non sia la malattia.

In definitiva il Pediatra si rivolge all'Omeopatia come Alternativa alla Medicina Ufficiale, per quanto non può risolvere o non riesce a risolvere con quest'ultima. Se a questo aggiungiamo le allergie a farmaci (ANTIBIOTICI, FANS E ALTRO), il gioco è fatto e vi sono tutti gli elementi per invogliarlo all'Omeopatia. E che dire delle teorie etiopatogenetiche dell'asma dove ruolo importante potrebbero avere le vaccinazioni, recentemente divenute moltissime?

Con tutte le vaccinazioni si sta cercando di fare dell'organismo umano uno stato militarizzato adatto a rispondere prontamente a ogni stimolo che venga riconosciuto (MISSILE-SCUD che ci ricorda tanto la guerra del golfo).

- Ma siamo sicuri che le vie terapeutiche finora intraprese siano le migliori? Possono esserne altre? E' sempre una causa organica (batterio, virus, allergene) a dare malattia? E perché gli stessi agenti non danno malattia a tutti i soggetti ma solo ad alcuni? Predisposizione-ereditarietà-alimentazione?

- Mentre non vi è alcun dubbio sulla grande importanza delle conquiste fatte con l'ingegneria genetica, con la chimica, con le tecniche diagnostiche raffinate, ecografia per prima, allo stesso modo non vi è dubbio che possa nascere qualche dubbio sulla terapia e sulle cause cosiddette psico-organiche della malattia, e sull'influsso che fattori emotivi ed emozionali possono avere.

Cito un esempio di vita professionale accadutomi:

Un bambino di dieci anni, mio assistito, si ammala il 20 dicembre di sei anni fa (febbre elevata, essudato sulle tonsille, stato settico, non si alimenta).

Mi viene riferito che giorno 22 deve partire per raggiungere alcuni parenti in Germania con cui trascorrere il Natale. La mamma non vuole mandarlo date le sue condizioni cliniche, perché deve affrontare un viaggio di 24 ore in pullman. Pratico terapia aggressiva per farlo guarire in fretta: ma la febbre non si attenua e le condizioni cliniche non migliorano.

La mattina del 22 il bambino ha febbre elevata, ma nonostante tutto la madre acconsente a farlo partire. Mi è stato riferito, poi, che durante il viaggio la febbre si è attenuata e il bambino è stato bene.



■ Considerazioni:

- ha funzionato la terapia praticata prima?
- era una febbre virale e sarebbe scomparsa ugualmente?
- lo stimolo del viaggio e la gioia di una gita lo ha fatto guarire prima e bene?
Credo che non potremo mai saperlo come non sapremo mai, con questa impostazione medica, perché un soggetto si ammala di tumore (perché da un danno inizialmente funzionale si instaura e si sviluppa un danno organico), così come non sapremo mai perché un soggetto può guarire da tumore anche senza trattamento. In definitiva oggi il Pediatra si trova a dover scegliere tra Allopatia che non può abbandonare, specie nei casi gravi, acuti, nelle sepsi, e non vuole abbandonare, perché più facile, dà risultati brillanti e rapidi nell'acuto, meno impegnativa (infezione-antibiotico; asma cortisone etc.) e l'Omeopatia più impegnativa nella diagnosi differenziale di Rimedio ma più

risolutiva specie nelle patologie croniche che ritornano, esaurito l'effetto il più delle volte soppressivo, delle terapie mediche allopatriche. Ma una cosa è certa: che è fermamente deciso e contento di fare il pediatra e come il bambino è un continuo dinamismo di crescita, mutevole, così la sua preparazione culturale si arricchisce ed è sempre pronto ad affrontare e conoscere nuove strade che siano innovative e migliorative nell'assistenza del bambino. Ciò spiega l'affluenza enorme che vi è stata agli Incontri del Sabato (n.d.R.corso di formazione organizzato dall'A.C.P.- Paidos di Catania, con Crediti Formativi o senza. Come sarebbe un mondo senza Bambini e senza Pediatri!

Dott. Gulino – Prof. oggi il pediatra nota un incremento delle patologie respiratorie di probabile origine allergica, questo aumento è reale oppure non pensa che sia aumentata la sensibilità del medico per questo problema?

Prof. Vierucci – C'è un aumento reale della patologia allergica e anche questo congresso lo ha detto in toni piuttosto chiari. Si è andato ad indagare sul perché dell'aumento della patologia allergica, e come avete visto sembra di capire che il motivo fondamentale di questo aumento risieda forse nella risposta immunologica verso i germi.

Nel mondo occidentale il contatto coi germi è diminuito, c'è un'igiene spinta, quindi alimenti di per sé sterili, l'uso del frigorifero e dell'acqua in qualche modo sterilizzata, è un'altra grande rivoluzione insieme a quella delle vaccinazioni. Le vaccinazioni stesse che cosa ci ha comportato? Ci ha comportato di vivere più sterilmente rispetto al periodo post-bellico o anche a pochi anni fa. Lo stimolo infettivo, determinava la produzione di certe **citochine**, come l'**interferon** o l'**interleuchina 2**, che orientavano il nostro sistema immunologico, verso quel partner che viene chiamato TH1 prima e TH2 dopo. Oggi è praticamente scomparsa la risposta TH1, perché sono venuti meno gli stimoli infettivi, sono invece aumentati gli stimoli che facilitano la proliferazione delle cellule TH2. Io parlo di TH1 e TH2 perché penso che ormai tutto il mondo pediatrico conosca questa distinzione, **TH1 è il sistema che porta verso gli anticorpi tipo IgG**, **TH2 è una risposta che porta invece alla formazione di IgE e quindi risposta**

di tipo allergica.

Un'altra spiegazione di questo aumento delle allergie è legata alle nostre abitudini alimentari che hanno modificato l'ecosistema intestinale.

I **lattobacilli** che componevano buona parte della flora intestinale sono stati sostituiti nei paesi occidentali dagli **stafilococchi** e dai **clostridi**, che si comportano come super antigeni e facilitano la **allergizzazione**, riducendo inoltre la tolleranza immunologica che si stabiliva a livello intestinale. A questo si aggiungono anche altri fattori, come la diminuzione dell'allattamento materno, il carico allergenico in famiglia, perché oggi si vive in casa chiusi, con tappeti, persiane, ecc., quindi l'aumento degli acari è notevole. La diminuzione dei bambini ha comportato l'aumento degli animali domestici, perché l'uomo vuole compagnia; sembra che anche l'apporto di vitamina D in qualche modo abbia favorito la formazione di **prostaglandine** che facilitano l'allergia ed infine l'uso degli antibiotici che sterilizzano la flora buona, fin dai primi mesi di vita, sono tutti fattori che hanno un effetto addizionale nelle abitudini biologiche dell'organismo, per cui tutto questo ha facilitato un aumento notevole di allergie negli ultimi anni.

Gulino – Negli ultimi anni si comincia a parlare sempre più di un'unica "entità" clinica che abbraccia rinite allergica, sinusite e asma, cosa ne pensa lei? **Vierucci** – Io penso che, da quanto ha riportato Canonica (n. del r. Pneumologo – Genova) sulla comunanza sia embriologica ma anche biologica, per quanto riguarda le risposte immunologiche del naso come dei bronchi, questa comunanza effettivamente ci debba essere anche nel momento in cui a questo livello si trovano situazioni di tipo allergico. La rinite in alcuni casi può precedere l'asma e molto spesso se tu non curi la rinite anche i risultati di un controllo all'anno potrebbero essere peggiori, per cui io credo che una considerazione di questo tipo abbia anche dei risvolti pratici. Oggi non si può lasciare un bambino

Intervista al Prof. Alberto Vierucci in occasione del congresso di Allergologia ed Immunologia Pediatrica del 29/31/ Marzo 2001

con la rinite, con il naso chiuso, senza adeguata, terapia. Avere il naso chiuso significa avere una qualità di vita peggiore addirittura dell'asma. Quindi, sono situazioni in cui non si può dire "ha un pò di rinite", la rinite in un bambino va indagata

bene, stabilirne se possibile l'origine e curarla. **Gulino** – Nel corso della relazione del prof. Bonini (N. del R. Allergologo – Roma) si è sottolineato la specificità del paziente allergico. L'allergico è un paziente molto particolare, diciamo unico, difficile da gestire, spesso è un paziente che cerca nelle "cosiddette medicine alternative" quelle risposte che non trova nella medicina tradizionale. Giustifica questo comportamento?

Vierucci – La malattia cronica fa sì che la famiglia del bambino faccia il doctors -shopping, cioè vada alla caccia di quello che finalmente sarà così bravo da guarirglielo, quindi è un atteggiamento comprensibile dal punto di vista umano. Per cui secondo me il nostro atteggiamento verso questa gente deve essere abbastanza benevolo e comprensivo, il problema è che poi ci possono essere persone che abusano di questa "voglia" di qualcosa di diverso per guarirsi.

Senna (Allergologo – Verona) in questo congresso dimostra chiaramente che certi approcci terapeutici o medicine alternative, in realtà poi non hanno dato i risultati sperati e attesi. Poi molto spesso il rischio è di avere **farmaci**, come dice Chiaromonte, **inconsistenti per patologie invece consistenti**, e quindi ad un certo punto bisogna stare molto attenti se effettivamente ci sia una reale necessità di ricorrere a queste metodologie non sperimentate con la metodologia vera, quella del doppio "cieco". **Gulino** – Il fattore ambientale ha un ruolo nella patogenesi delle allergie? Se sì, quali sono gli indicatori di inquinamento ambientale più significativi?

Vierucci – Prima di tutto sono essenzialmente quelli "indoor", fondamentalmente è il fumo di sigaretta, che facilita l'allergizzazione e l'aumento delle IGE.

Ora si parla anche dei prodotti che si liberano dal gas metano della cucina, che producono probabilmente sostanze infiammatorie, che possono determinare patologie bronchiali e facilitare una **allergizzazione**. L'inquinamento ambientale non mostra, invece, di avere un ruolo importante nella genesi dell'allergia, come dimostrato dagli studi del confronto fra quanto avveniva in Germania Est e Ovest; si era visto che per quanto l'ambiente fosse più inquinato in Germania Est, le allergie erano maggiori nella Germania Ovest. Per cui si dà molto più peso all'inquinamento esterno per le forme bronchitiche che non per le forme allergiche.

Gulino – Nella sua relazione Lei ha sottolineato che spesso si abusa della diagnosi di allergia. Quante sono effettivamente le allergie "vere"?

Vierucci – C'è una percezione dell'allergia da parte dei genitori eccessiva, già in età scolare il 7% dei bambini si considera allergico di per sé, questo comporta limitazioni nutrizionali importanti, per cui molto spesso uno si sente allergico senza verificare poi la sua allergia, a volte è l'impressione della madre che questo bambino non tolleri nulla. Ho portato un caso io questa sera, di un bambino che cresceva ed addirittura era più grasso del dovuto che a dire della madre non poteva prendere 27 alimenti. Quindi, è evidente che siamo di fronte alla super valutazione di certi tipi di allergia, sia da parte dei genitori sia da parte dei media. Ci sono anche degli errori diagnostici, correlati ai test diagnostici, e gli errori fatti dai medici stessi che ti appiccicano un'etichetta senza verificarla. Poi ci sono delle situazioni che allergiche non sono ma lo somigliano talmente che ti possono indurre a degli errori. Quindi è evidente che in una situazione in cui facendo terapie antiallergiche non si migliora, si deve considerare qualche altra cosa. Ho voluto presentare l'orticaria che quasi sempre viene data per allergica ma lo è solo per il 15-20% dei casi, cioè quanto è la diffusione dell'allergia nella popolazione. E' chiaro che ci sono anche delle orticarie allergiche ma la loro quota è molto inferiore a quella **ad alimenti**, a quella del caldo e del freddo o a quella psicogena.

Gulino – Un messaggio per i pediatri quindi potrebbe essere, attenzione per il problema allergia ma non sopravvalutarlo?

Vierucci – Sì, non va ne sottovalutato ne sopravvalutato. In "media stat virtus", dicevano i latini, quindi credo che questo loro avviso sia ancora molto valido soprattutto nel campo dell'allergia, e poi come in tutte le cose, bisogna avere anche una notevole modestia, umiltà nell'approccio alle cose, **quando uno si mette in mente di essere un medico infallibile, ha già fallito**, quindi le cose che non si capiscono vanno approfondite, molto spesso anche approfittando di persone o centri che sono più competenti, anche se non sempre si arriva alla conclusione.



LE PATOLOGIE ALLERGICHE

*A cosa è dovuto l'aumento? Meno infezione più allergie.
Le abitudini alimentari hanno cambiato la flora batterica intestinale.
Nuovo fattore di rischio: l'inquinamento domestico.
Attenzione alle sopravvalutazioni*

di Antonino Gulino

In una società ormai indottrinata dal look a tutti i costi, un buon alimento variopinto è certamente una attrattiva, anch'essa con dei costi, in atto non sempre quantizzabili. E se vederne di tutti i colori è ormai ahimè assiomatico, dovrebbe esserlo un po' meno mangiarne di tutti i colori. Entrando nel vivo (non si sa per quanto tempo!) del problema si può senza tema di smentita comunicare che gli additivi alimentari sono stati classificati in base alla loro funzione. Essi sono contraddistinti da una iniziale rappresentata dalla E, sinonimo di Europa seguita da una numerazione. Le sostanze che vanno da E110 ad E199 rappresentano i coloranti, quelle che vanno da E200 ad E299 i conservanti, da E300 ad E321 gli antiossidanti, da E325 a 385 i correttori di acidità, addensanti emulsionanti e stabilizzanti da E400 ad E495, mentre gli aromatizzanti non hanno una sigla. A leggere tutte queste sigle c'è da riflettere, e sarebbe comunque preferibile riscontrarle in un listino di Quattroruote e non di un formaggino. Ma cosa sono e che fanno gli additivi? Quesito spesso posto dall'uomo della strada con in braccio la sua prole al Pediatra di



famiglia a volte ignaro e smarrito nei meandri di una policroma informazione. Ai sensi del Decreto ministeriale 209 del 27-2-96 emanato in attuazione delle direttive CEE un additivo è "una sostanza non consumata come alimento", "aggiunta intenzionalmente ai prodotti alimentari per un fine tecnologico", "che si presume possa diventare un componente di tali alimenti direttamente o indirettamente". Queste sostanze sono, se usate in concentrazioni idonee, considerate generalmente innocue, e ammesse dalla legge vigente. Lungi dall'intenzione di tediare il Pdf, o chi per lui, sulla situazione di codici, codicilli, commi e articoli sui quali ho la stessa familiarità che ha un cetaceo nei confronti del Sahara, affronterò indegnamente in questa sede gli aspetti patogenetici dell'argomento, riservandomi nei numeri successivi di affrontare con la stessa indegnità, ve lo assicuro, gli aspetti clinici dell'utilizzo delle singole categorie di additivi (par condicio docet). Con un tentativo sicuramente grossolano di classificazione, le reazioni avverse agli additivi potrebbero essere distinte in **reazioni da intolleranza**, non immunologiche, **reazioni allergiche**, IgE mediate o raramente non IgE mediate, **reazioni tossiche**, rare.

Le reazioni da intolleranza (dette anche P.A.R., ovvero Pseudo-Allergic-Reactions) a loro volta, e

non escludendone altri, riconoscono almeno quattro meccanismi che possono embricarsi tra loro. Un primo meccanismo è riconducibile alla liberazione diretta, in seguito a stimoli diversi di mediatori da parte di mastociti instabili, uno di questi stimoli potrebbe essere la ingestione di cibi contenenti tiramina o feniletilamina. Un secondo ad una elevata sensibilità dei recettori per l'istamina variabile individualmente. Un terzo alla attivazione diretta del complemento con conseguente produzione di C3a C4a C5a e conseguente stimolo alla degranolazione mastocitaria ed un quarto dallo sbilanciamento del sistema cicloossigenasico in favore di quello lipoossigenasico con conseguente blocco della produzione di prostaglandine inibenti

la produzione di leucoteni.

Le **P.A.R.** possono anche essere indotte da cibi ad alto contenuto o liberatori di istamina come p.es la sindrome da intossicazione sgombroide dove alcuni enterobatteri possono degradare l'istidina presente nel pesce a sua volta non correttamente conservato con conseguente produzione di istamina.

Le reazioni allergiche dimostrate sono poche e patogeneticamente sono riconducibili agli stessi meccanismi che sono chiamati in causa nelle allergie alimentari.

Le reazioni tossiche sono anch'esse riconducibili alla introduzione eccessiva, al deficit enzimatico, alla azione irritante diretta. Esistono comunque fattori predisponenti genetici e le lesioni della mucosa gastrointestinale che favoriscono l'assorbimento di sostanze non sufficientemente degradate o ricche di istamina sono un momento patogenetico importante, mentre un deficit pancreatico o epatico contribuisce anch'esso alla insorgenza di reazioni avverse a additivi. Questi ahivoi brevi cenni patogenetici oltre ad avermi consentito di fare un certo sfoggio culturale, ritengo siano una importante premessa alla comprensione degli aspetti clinici dati dalle singole categorie di additivi.

Nei prossimi numeri di "Paidos" spero anche di comunicarvi qualche piccolo "scoop". E' mio auspicio, in questa fase, di essere stato da "additivo" al vostro "Budget" culturale e ove ciò non fosse mi auguro di avere dato un po' di colore al grigiore di questa problematica.

Buon appetito

Sogno di un Pediatra qualunque

di Francesco Privitera

Antefatto:

Da tempo esistono due principali “caste” di pediatri: una molto giovane, vivace che è quella dei pediatri di famiglia, e l'altra più antica che è quella dei pediatri delle strutture; a sua volta quest'ultima si differenzia in due famiglie: una più aulica e nobile - la pediatria universitaria - e l'altra più rude e provinciale - la pediatria ospedaliera. Manco a dirlo tra

le figure delle varie famiglie e caste c'è un ipocrita rapporto di amore. In realtà c'è invidia, superbia e spesso malafede e poca etica. Gli universitari si reputano i più sapienti ed unici depositari del sapere; gli ospedalieri non si sentono inferiori ai primi e si rifanno sulla pediatria di base, con altrettanti atteggiamenti di alterigia. Sull'ultimo gradino di questa scala vengono posti i pediatri di famiglia, che a parte

pochi esempi, godono della stima degli utenti e che in tutti i modi cercano di non essere trattati come dei “calimero”. Checchè se ne dica, nonostante sforzi, queste figure sono slegate tra di loro, non collaborano, non si parlano e questo tutto a discapito dei pazienti. Ovviamente si parla in generale, perché sicuramente ci sono anche delle realtà diverse.

Bisogni:

Partendo dal fatto che il paziente non è proprietà di nessuno, è inutile, dannoso ed eticamente scorretto che la classe medica pediatrica si comporti in modo tale da disorientare il paziente. Bisognerebbe avere rispetto dei ruoli e soprattutto rispetto del paziente, integrando al meglio tutte queste figure e le risorse.

Conclusioni:

Ovviamente questo è un sogno molto personale. Sicuramente altri avranno sogni diversi e comunque non si rispecchiano nel mio. Il mondo è bello perché è vario. Pertanto se qualcuno volesse raccontare qual è il proprio sogno di pediatria, può benissimo farlo scrivendo alla redazione della rivista A.C.P. Paidos:
redazione.paidos@tiscalinet.it

Sogno:

Non sarebbe bello oltre che utile e produttivo che il p.d.f. potesse integrarsi in qualche modo con la struttura di secondo livello, cioè gli ospedali? Ed in che modo?

Poiché il livello dei pediatri di famiglia è salito notevolmente, tanto che spesso uguaglia per molte patologie le prestazioni del secondo livello (ospedali) - infatti i ricoveri sono diminuiti - sarebbe utile per il paziente che il proprio medico di fiducia avesse la possibilità di partecipare in modo attivo e costruttivo alle attività ospedaliere con orari ben definiti e comunque sotto la supervisione del primario. La stessa cosa dovrebbero fare gli aiuti ospedalieri scendendo nel territorio e assistendo presso ambulatori i piccoli pazienti. Magari si potrebbero dimezzare gli assistiti ai p.d.f. facendo loro fare assistenza in ospedale per 20 ore settimanali, e quindi lo stesso fare con gli ospedalieri, cioè togliendo loro 20 ore settimanali di attività nella struttura per dedicarsi ai 400 assistiti che gli passa il pediatra di famiglia. Così facendo si fonderebbero le due culture, le due professionalità in un'unica figura, che dovrebbe garantire un più alto livello di assistenza al paziente. Forse tutto ciò assomiglia al vecchio tempo definito di una volta, ma dovrebbe essere esteso a tutti. Praticamente si formerebbe una pediatria del territorio che, visto l'importanza e l'autonomia gestionale che assumeranno i distretti delle A.S.L., potrebbe essere vantaggiosa sotto numerosi punti di vista: assistenza più qualificata, più integrata, più efficiente, più parca e più qualificante.

Certo dalla pediatria del territorio dovrebbe ovviamente essere distinta la pediatria universitaria, che dovrebbe fornire assistenza più specialistica e dovrebbe dedicarsi alla ricerca ed all'insegnamento.

Un Pediatra al cinema

Il 2001 è stato un anno particolarmente ricco per il cinema italiano che ha proposto agli spettatori opere degne di interesse, sia da parte di registi affermati quali **Marco Tullio Giordana** (*I Cento passi*) e **Pupi Avati** (*I cavalieri che fecero l'impresa*), che di nuovi autori come **Gabriele Muccino** (*L'ultimo bacio*).

Un discorso a parte meritano due artisti che, dopo alcuni anni, si sono ripresentati con opere di grande valore: Nanni Moretti con "*La Stanza del figlio*" ed Ermanno Olmi con "*Il mestiere delle armi*". Due film estremamente diversi ma accomunati dal rigore stilistico e dalla forza espressiva, capaci di riaffermare ancora una volta l'originalità del nostro cinema.

L'ultima opera di Moretti è certamente la sorpresa più piacevole di tutta la stagione cinematografica, un film apparentemente semplice ma capace di coinvolgere emotivamente lo spettatore

più distaccato. L'autore descrive il dramma che sconvolge una famiglia dopo la morte di un figlio; il dolore di una madre, di un padre, di una sorella diventa l'occasione di una analisi spietata della vita di ognuno di noi, delle nostre certezze, dei nostri valori. La morte mette a nudo le nostre debolezze, ci lascia "spiazzati", ci costringe a ragionare, ci fa comprendere il reale valore delle cose. Il protagonista del film, interpretato dallo stesso regista, è uno psicanalista, un uomo portato dal suo lavoro a entrare nella "mente" delle persone, ma posto di fronte alla tragedia di cui è vittima si sente indifeso, incapace non solo di reagire ma anche di dare le risposte che i suoi pazienti si aspettano da lui. La stessa famiglia si sgretola, non riesce a reggere la violenza di una separazione, si perde la capacità e la voglia di trovare assieme la forza di ricominciare. La madre, una splendida Laura

Morante, si dispera, piange, è capace di trovare una via d'uscita solo nel ricordo.

L'incontro, fortemente voluto, con la ragazza del figlio, diventa l'occasione non solo per conoscerlo meglio, ma per trovare un legame tra un oggi, triste e vuoto, ed un domani, forse migliore. Un film

coraggioso che va visto, perché riesce a farci uscire da un mondo superficiale pieno di "nani e ballerine" e a farci riflettere sul valore della vita. Noi pediatri, per fortuna, raramente ci troviamo ad affrontare la morte di un nostro paziente, la mortalità infantile è sempre più bassa. Ma quando si verifica un evento di questo genere ci sentiamo inutili non solo professionalmente, ma anche umanamente perché scopriamo di non avere argomenti non solo per spiegare ma anche per consolare i genitori. La morte diventa un'inutile ricerca etiologica, che maschera la nostra incapacità di aiutare a vivere meglio la vita.

La stanza del figlio di A. Gulino

L'angolo della poesia

Andrea

Andrea

*E' gioia che vedo
negli occhi brillanti,
i biondi capelli
ravviati dal vento,
squillante il suo riso
mentre corre pensando
a un bellissimo
gioco.*

*E io quel momento
Passati ormai gli anni
Lo porto di dentro:
quel dono caduco
d'infanzia felice
finchè sarò vivo
vorrò ricordare
E quando il gran dio
Decise il dolore
"Va bene-gli dissi-
ma con questo
hai finito"*

Rosario Fischer



Caro dottore,
stanotte ho fatto un sogno tremendo;
siccome so che tu sei anche un po' psicologo,
te lo voglio raccontare.

Come ogni mattina,
entravo in classe, ma, invece
della mia solita maestra, ne
trovavo una nuova, vestita con
un tailleur azzurro;

mi rimproverava per il ritardo e mi ordinava
di sedermi e fare quello che stavano facendo i miei compagni.
Alla lavagna c'era scritta una grande lettera "i" e bisognava riempire
una pagina di quaderno e scrivere tre paroline a piacere. Ero molto confuso e
non sapevo che cosa fare. Accanto a me stava il mio compagno Foti, che, invece
della solita tuta macchiata e puzzolente di sigaretta, indossava un completo
Caraceni con cravatta a pois; aveva finito il compito, dove aveva scritto "internet,
inglese e impresa" e consegnava alla maestra, che lo lodava entusiasta e lo
premiava con un fringe benefit. Poi consegnavo io, che avevo scritto "imbroglione,
illiberale e impostore" e prendevo un "male" col punto esclamativo. Poi venivo
interrogato in geografia; dovevo spiegare la carta dell'Italia appesa al muro, ma
non ci capivo niente. La maestra cercava di aiutarmi: - avanti, Albertino... l'Italia
confina a nord con la Pa... Pa... ma la Padania, asino! - e mi mandava a posto.
Poi diceva di prendere il libro di Storia a pag. 4 e leggeva: - Dopo la sfortunata
parentesi di quasi sessant'anni, in cui l'Italia fu governata da una perfida dittatura
comunista che aveva provocato solo 1)miseria, 2)terrore, 3)morte, finalmente il
13 maggio 2001 un Uomo Nuovo seppe prendere le redini del disastroso paese
e amministrarlo in modo da renderlo produttivo, così come aveva fatto con le sue
innumerevoli società off-shore; prontamente oscurò le antenne della R.A.I. per
combattere l'inquinamento elettromagnetico e la felicità televisiva regnò nei cuori
degli italiani; l'Italia era diventata finalmente come il Milan ... -

Annoiato a morte, chiedevo di andare in bagno; appena in corridoio,
approfittando di una distrazione dei bidelli che guardavano "Vivere", guadagnavo
velocemente l'uscita e mi trovavo all'aperto.

Riuscivo fortunatamente a tornare a casa; mi apriva la porta mia sorella Sabrina,
piuttosto scocciata perché avevo interrotto la sua lezione mattutina di workout.
Infatti il tinello della mamma era stato trasformato in un fitness center e un
energumeno in mutande che lei asseriva essere il suo personal trainer le ingiungeva
di sottoporsi a disumani sforzi fisici.

Cercavo di chiedere spiegazioni mentre era intenta allo spinning, ma
le mie parole le giungevano a stento, poiché dalla tv a tutto volume la voce del
conduttore de "La vita in diretta" copriva la mia. Sabrina mi diceva di non rompere,
e questo mi faceva sentire sollevato perché almeno lei era normale, ma poi mi
spiegava che si era iscritta all'università "Tetta & Gluteo" e stava studiando
intensamente per diventare una velina.



Se le mie chiappe non si alzano di due centimetri, non ho speranza di comparire in televisione – mi diceva. Come potrò realizzare la meta ultima della mia vita, e cioè sposare un centravanti? Manca solo un mese all’innesto delle protesi al silicone. Certo con questo muro di Berlino nessuno mi noterebbe, il push-up è solo un palliativo. Devo diventare almeno come Paola Banale – e riprendeva il suo allenamento senza più darmi retta. Così mi allontanavo e cercavo disperato gli altri membri della mia famiglia. Ma nessuno era in casa, tranne il nonno, che stava in un angolino della cucina a leggere “L’Arcoriere della sera”. Gli chiedevo come mai non leggesse il suo solito giornale, e lui mi rispondeva che tutti quei quotidiani stalinisti erano stati chiusi e i direttori messi in carcere. – Ma la mamma, papà dove sono? – Dove vuoi che siano, al lavoro, no? Papà ha avuto in appalto la costruzione della nuova autostrada che collegherà Catania direttamente con Cagliari, attraverso un traforo dei Pirenei, la mamma insegna Dottrina Forzista al liceo cattolico papale “Mons. Ruini”. Tuo fratello Gigi sta seguendo un corso di formazione per la prevenzione del pensiero e della riflessione critica, quando si sarà diplomato troverà facilmente lavoro in un’azienda parallela... ma ora lasciami, sta per iniziare “C”è posta per te”. – E così dicendo, agguantava il telecomando e non mi stava più ad ascoltare. Senza sapere dove andare, scendevo in strada e vagavo senza meta; molti video giganteschi, sistemati ad ogni angolo della città, trasmettevano programmi televisivi o i messaggi del Presidente, con il suo faccione sorridente e una chioma alla Tarzan:

Credetemi, farò diventare ricchi anche voi, come ho fatto per me! Non è forse un miracolo che abbia fatto tutti quei soldi dal nulla? Credete ai miracoli! – e mostrava un’immaginetta di San Bettino che teneva tra le mani sanguinanti. – E adesso, quiz!

Stanco del lungo camminare, mi rifugiavo dentro il cinema multisala “Vanzina” per riposarmi. Indeciso su quale scegliere fra i tre film in programmazione (“Mosè, miserie di un passatavole” – polpettone biblico; “Un legislatore piccolo piccolo” - kolossal storico su Napoleone; “Il vero Messia” - rivisitazione dei Vangeli in chiave moderna), entravo in una qualsiasi sala, dove stavano trasmettendo un cinegiornale.

Dapprima un giornalista intervistava il Presidente, assiso su un trono pesantemente decorato con aquile scolpite in marmo e oro modello Bokassa; alla domanda dell’intervistatore “Perché il nostro grande buon capo è così ricco” rispondeva “Ho un complesso di superiorità, sono ricco perché ho lavorato e me lo sono meritato, ho dato lavoro a quarantamila persone e pago tre milioni di tasse al giorno”; e ancora “Io ho preso tre milioni di preferenze, rappresento un italiano su tre... Non c’è nessuno sulla scena mondiale che può pretendere di confrontarsi con me!». Il giornalista replicava: - E’ proprio sicuro che nessuno si possa confrontare con lei? - e il Presidente: - E chi ha detto questo? Lei sta equivocando le mie parole, sicuramente ai fini di una violenta strumentalizzazione, dando prova di totale malafede e assoluta disonestà intellettuale. Ma ora basta con l’impegno politico! Barzulletta! Il malato di A.I.D.S.! Aneddoto! La ciulatina! – e tutti si alzavano in piedi a sghignazzare ed applaudire al fine umorismo del capo; poi tutti intonavano l’inno.

Il cinegiornale finiva e iniziava il film, ma già io cominciavo a svegliarmi, tutto sudato e in lacrime.

La domanda che adesso ti pongo è: devo smetterla di vedere “Il raggio verde” o devo evitare i peperoni la sera?

Grazie dal tuo affezionatissimo piccolo paziente
Albertino

Lo scroto acuto

Di Antonio Russo *

Il dolore scrotale acuto è una vera emergenza poiché, in caso di torsione del funicolo spermatico, l'intervento chirurgico entro 6 ore salva il testicolo dalla necrosi ischemica nella quasi totalità dei casi, mentre le percentuali di successo diminuiscono rapidamente nelle ore successive, fino ad avvicinarsi allo zero dopo le 24 ore dall'esordio dei sintomi. Purtroppo, a fronte dell'urgente necessità di una diagnosi ragionevolmente sicura, in un buon numero di casi i dati anamnestici, clinici e strumentali non consentono di differenziare la torsione testicolare (TT) dalle altre patologie acute responsabili di dolore scrotale, cioè la torsione delle appendici testicolari (TAT) e l'orchiepididimite (OE) infettiva o traumatica.

La OE è responsabile mediamente solo del 25% dei dolori scrotali acuti, mentre i rimanenti casi sono attribuibili, in misura variabile a seconda delle casistiche, a TT e TAT. La OE è più comune negli adolescenti sessualmente attivi, mentre nel prepubere si associa a trauma o anomalie del tratto urinario; è ben nota, inoltre, la OE in corso di parotite o di s. di Schonlein-Henoch. In genere, per la mancanza di sintomi acuti, non rientrano in diagnosi differenziale l'ernia, l'idrocele e il varicocele.

L'indicazione chirurgica nella TAT non è assoluta, in quanto spesso si realizza l'autoamputazione dell'appendice con graduale risoluzione dei sintomi, ma talora la distinzione tra TT e TAT non è agevole. Nella TAT spesso il dolore è meno intenso e localizzato al polo superiore del testicolo, ma l'esordio può anche essere brusco e simulare una torsione del funicolo spermatico; nella OE, invece, il dolore si sviluppa gradualmente nel corso di parecchie ore e, per questa ragione, il pediatra viene consultato generalmente oltre 24 ore dopo l'esordio. Quando il dolore scrotale acuto si associa a nausea e vomito, la diagnosi di TT è altamente probabile.

La palpazione è spesso impossibile per l'intenso dolore, oppure risulta poco indicativa per la presenza di idrocele reattivo e/o edema scrotale. La posizione orizzontale del testicolo affetto, che si trova più in alto rispetto al controlaterale in posizione eretta, il mancato sollievo del dolore sollevando il testicolo

mediante un sostegno posto tra le cosce e l'assenza del riflesso cremasterico, sono tutti segni di sospetto per la TT. Il riflesso cremasterico consiste nell'innalzamento del testicolo quando si strofina leggermente la cute della superficie interna della coscia 1-2 cm sotto il legamento inguinale. Disuria e febbre sono segni incostanti di OE, che non devono fuorviare dalla ricerca della TT se ve ne è il minimo sospetto. Nei casi in cui il quadro clinico è altamente suggestivo per la diagnosi di TT, l'intervento chirurgico va eseguito in urgenza ed il ricorso ad indagini strumentali rappresenta un ritardo inutile. Nei casi, peraltro assai frequenti, nei quali non è possibile *escludere* la TT bisogna eseguire in urgenza un esame eco-color Doppler per valutare il flusso ematico: se questo è normale o aumentato ci si orienterà verso un'affezione medica, mentre un flusso ridotto o assente confermerà il sospetto di TT. Sfortunatamente, l'eco-color Doppler ha una sensibilità e specificità dell'80-100% e del 90-100% rispettivamente. Si comprende, perciò, come sia emerso l'orientamento di urologi e chirurghi, specialmente all'estero, verso l'esplorazione chirurgica di tutti i dolori scrotali acuti. Se questo approccio interventistico può sembrare eccessivo, bisogna comunque considerare le conseguenze per il paziente della mancata o tardiva diagnosi di TT e la facile accessibilità chirurgica del sacco scrotale.

In conclusione, davanti ad un bambino con dolore scrotale acuto il pediatra dovrà valutare se le caratteristiche di insorgenza e di intensità del dolore e l'obiettività testicolare siano sicuramente indicativi di un'affezione traumatica o flogistica; nei bambini prepuberi, nei quali il trauma è più probabile, sarà sufficiente un antinfiammatorio non steroideo, mentre nei ragazzi più grandi sarà opportuno trattare con ceftriaxone. Se anamnesi ed esame obiettivo lasciano in dubbio, inviare subito in ospedale per una valutazione chirurgica o, meglio, urologica.

Per restare nell'ambito delle urgenze che riguardano le gonadi, ricordare che ogni tumefazione inguinale della piccola lattante va considerata fino a prova contraria un'erniazione dell'ovaio.

* U.O. di Pediatria,
A.O. Cannizzaro, Catania

Consumo di bevande dolci e obesità nell'infanzia

da A.S.; "Lancet," 17 Febbraio 2001

Tra il 1980 e il 1994 negli USA la prevalenza dell'obesità nei ragazzi è aumentata del 100%. Stime nazionali recenti indicano che il 24% e l'11% dei ragazzi si trovano rispettivamente sopra l'85° e il 95° percentile del BMI (Body Mass Index = Indice di Massa Corporea) di riferimento per età e sesso. Tra i vari fattori ambientali e sociali che potrebbero contribuire all'aumentata prevalenza dell'obesità, il consumo delle bevande dolci è stato poco indagato. Negli ultimi 50 anni il consumo di bevande dolci è aumentato del 500%. La metà degli

americani e la maggioranza degli adolescenti (65% delle ragazze e 74% dei ragazzi) consuma bevande dolci; queste rappresentano la principale sorgente di zuccheri della dieta, ammontando in media a 36.2 g di zucchero al giorno per le ragazze e a 57.7 g per i ragazzi. Sono stati arruolati 548 ragazzi di etnie diverse, età media 11.7 anni, provenienti da scuole pubbliche nell'area metropolitana di Boston, Massachusetts, che sono stati studiati prospetticamente per 19 mesi. E' stato valutato il consumo di bevande

zuccherate iniziale e le sue variazioni nel tempo, in associazione con le variazioni del peso corporeo.

Risultati. Dopo aggiustamento per variabili antropometriche, demografiche, dietetiche e di stile di vita, sia il BMI che la frequenza dell'obesità aumentavano in rapporto al consumo di bevande dolci: per ogni bicchiere di bevanda zuccherata il BMI aumentava di 0.24 kg/m² (IC 95% = 0.10 - 0.39; P = 0.03 **Commento:** "il Bambino non mangia!" Forse BEVE?)

Compagnie di assicurazione in fuga dal mondo della Sanità? Davanti a perdite del 250% rispetto ai premi incassati, il mondo assicurativo lancia l'allarme sul rischio "errori medici". Prospettiva che è emersa, come pura ipotesi, in occasione della presentazione all'indagine Censis proprio su "Rischi ed errori della Sanità italiana". Analisi, quella del Censis, che prende in considerazione 143 casi di malasànità trattati sulla stampa nel 2000 per tentare di tracciare un quadro della situazione. Con questi risultati: tra le cause di danni ai pazienti, il 48,2% è dovuto al fattore umano, mentre il 33% dipende dalla struttura

sanitaria e il 5,4% dal soccorso tardivo. E ancora, nel 20% dei casi la responsabilità dei danni al paziente è dovuta al personale sanitario, nel 13,8% al medico chirurgo, nel 12,5% allo specialista. L'intervento della magistratura, richiesto da parenti e familiari, riguarderebbe il 40% circa degli articoli apparsi sui quotidiani censiti; meno incisiva sarebbe l'azione di associazioni dipendenti

da pazienti, ordini professionali e sindacati. Pochi dati, ma sufficienti a sollevare tanto i grandi temi della formazione in campo medico, della prevenzione e dell'evoluzione del rapporto medico-paziente - che vede il malato sempre più consapevole dei propri diritti - quanto la più concreta questione delle coperture assicurative per gli errori in Sanità.

- Di fronte a questi dati, ha spiegato Michele Miniello, ex direttore generale Ania, l'ipotesi di abbandonare la Rc dell'area medica

costituirebbe per le imprese un sacrificio economico minimo, poiché i premi di area medica rappresentano meno dello 0,7% del totale delle assicurazioni

RISCHI ed ERRORI della Sanità Italiana

(da Barbara Gobbi, "Il Sole 24 Ore")
23 Febbraio 2001

danni". Un atteggiamento "difensivo" registrato dalla stessa indagine Censis, che imputa d'altra parte alle aziende sanitarie una strategia di delega delle proprie inefficienze al settore assicurativo.

Commento: Temo che persino gli automobilisti fanno meno errori dei medici!?