

note di cultura per il pediatra

Paidòs

Anno 12 N.3-4 Luglio - Dicembre 2011
www.paidosct.com



Francesco Chiarelli

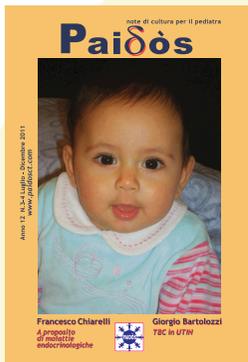
*A proposito
di malattie
endocrinologiche*



Giorgio Bartolozzi

TBC in UTIN





Senza garanzie

di Antonino Gulino

Il 22 giugno di quest'anno, con l'approvazione definitiva del disegno di legge S.2631, si concludeva l'iter legislativo che istituiva l'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza.

L'istituzione di questa figura rappresentava non solo l'attuazione delle prescrizioni contenute nella nostra Carta Costituzionale la quale, al secondo comma dell'art. 31, stabilisce che la Repubblica "protegge la maternità, l'infanzia e la gioventù, favorendo gli istituti necessari a tale scopo", ma anche una risposta concreta alle indicazioni della Convenzione sui diritti del fanciullo stipulata a New York il 20 novembre 1989 e dall'Italia condivisa e sottoscritta.

Il garante avrebbe dovuto farsi carico di numerose funzioni finalizzate alla protezione dei diritti e degli interessi delle persone di minore età, in particolare in tema di informazione, ascolto e collaborazione.

Inoltre avrebbe dovuto promuovere studi e ricerche a livello nazionale, raccogliere segnalazioni di violazioni e situazioni di rischio dei diritti dei minori e denunciare alle autorità competenti abusi e situazioni di disagio.

I miei solerti amici e colleghi, a questo punto mi chiedono di stare attento alla grammatica, sono passato dall'imperetto al condizionale! No cari amici le mie divagazioni grammaticali stavolta sono determinate da una situazione contingente di grande drammaticità, che ha un nome ben preciso: crisi economica. L'avvento del governo Monti ci ha portato (speriamo...) molto rigore ma anche molti sacrifici: uno di questi è, secondo le prime indiscrezioni, l'abolizione del Garante per l'infanzia, figura istituzionale neanche nata e forse una delle tante cariche solo clientelari, ma che per noi pediatri poteva rappresentare un interlocutore prezioso. La nostra preoccupazione, o forse meglio la nostra paura, è che ancora una volta si decida di togliere alle categorie sociali più fragili: ai bambini, ai malati, ai portatori di handicap, a chi non ha voce per farsi sentire.

Io credo che se questa notizia sarà confermata, il professore Monti ha voluto tagliare uno dei tanti enti inutili, non certamente il futuro di ogni società e cioè i bambini. Noi pediatri però abbiamo il dovere di farci sentire in qualsiasi contingenza economica e in tutti gli ambiti possibili; non è il Garante che ci manca, ma la presenza di uno Stato pronto ad accogliere i segnali di disagio che noi cogliamo nel nostro quotidiano operare, nella nostra funzione, come dice il grande maestro professore Burgio, di "antenna sociale" e di "avvocato" dell'infanzia.

Direttore responsabile
Giuseppe Musumeci

Direttore
Antonino Gulino

Vicedirettore
Loredana Caltabiano

Comitato Scientifico
Alberto Fischer

Francesco De Luca
Raffaele Falsaperla

Responsabile di redazione

Francesco Privitera

Comitato di redazione

Maria Libranti

Vito Marletta

Giuseppe Mazzola

Angelo Milazzo

Calogera Ognibene

Maria Rutella

Collaboratori

Giorgio Bartolozzi

Giusy Germenia

Sergio Mangiameli

Enrico Potenza

Antonio Fichera

Dora Messina

C.D. Associazione Culturale Paidos

Alberto Fischer

Loredana Caltabiano

Antonino Gulino

Maria Libranti

Vito Marletta

Giuseppe Mazzola

Francesco Privitera

Segreteria e Grafica

ASC Europromo

Tel 347 7792521

Fax 095 7571514

segreteria@paidos.it

Stampa

PPT Poligrafica Piano Tavola s.r.l.

Tel. 095 391391 - Fax 095 391335

Via Rinaudo,26/28

Piano Tavola-Belpasso (CT)

Questo periodico è distribuito gratuitamente ai pediatri

Reg. Tribunale di Catania

N. 27/2000 del 30/11/2000

SOMMARIO

- 3 Editoriale
- 4 L'angolo di Giorgio Bartolozzi
- 6 Mettiamoci il naso...
- 8 Pillole di... ambiente
- 10 Pectus e xcavatum
- 11 Il pediatra tra famiglia e web
- 12 Intervista a Francesco Chiarelli
- 16 La tosse
- 18 Quel che resta
- 19 Casi da ricordare...
- 20 Flash su cervello e psiche
- 21 Massaggio infantile
- 22 News dalla rete

RUBRICHE

- 14 Un pediatra al cinema
- 14 Recensioni
- 15 Digiamocelo

Copertina
(foto di F.Privitera)

I recenti fatti al Policlinico Gemelli hanno permesso di evidenziare come il problema tbc in Italia non è rimosso e come la gestione epidemiologica e diagnostica dei contatti presenta delle pericolose lacune per il diffondersi di questa malattia, la cui sconfitta è ancora oggi obiettivo primario dell'OMS nonostante sia passato più di un secolo dalla prima identificazione dell'agente infettante fatta da Koch.



L'untore in TIN...

di Giorgio Bartolozzi e Alberto Fischer

Un primo problema a cui dare soluzione che discende direttamente dai fatti del Gemelli, è come diagnosticare un'infezione tbc in un recente, eventuale, contatto, soprattutto se neonato. Oggi, soprattutto nei bambini al di sotto dei 5 anni, l'unico test che dimostri l'avvenuto contagio – ma che non dà sicurezza sullo stato di malattia – è l'intradermoreazione Mantoux, eseguita con 5 U di PPD, la cui positività è comunque indicativa di una infezione/malattia tbc. In un contagio recente può risultare negativa in una prima prova, perché pur essendo presente il micobatterio nell'organismo, non vi è stato il tempo di attivare tutti i meccanismi umorali e cellulari dell'immunità innata e adattativa. Il



tempo affinché ciò si verifichi è valutato in 8-12 settimane, per cui conviene sempre ripetere il test dopo tale periodo se la prima prova ha dato esito negativo.

Il test immu-

nitari (IGRA- Interferon Gamma Release Assay), quali il Quantiferon, il Gold-in-tube ed il T-SPOT, sono test in vitro, basati sulla quantificazione dell'interferon liberato da linfociti sensibilizzati con l'antigene e messi a contatto con il siero del malato. Gli IGRA hanno lo stesso significato diagnostico del test cutaneo alla PPD, evidenziando infatti solo un'avvenuta infezione, e quindi una tbc latente. Sono certamente più costosi e meno sensibili nei bambini piccoli. Hanno tuttavia una maggiore specificità rispetto all'intradermoreazione alla tubercolina perché possono permettere la distinzione fra la positività da infezione/malattia tubercolare e la positività di un vaccinato con BCG. Le positività del test cutaneo o IGRA persistono per anni, per cui nel tempo non è necessario ripeterli.

Il lattante e il bambino infettato o con malattia, difficilmente può diffondere la stessa perché non emette micobatteri con la respirazione, né la tosse con lo starnuto, in quanto le forme che normalmente colpiscono questa età, non si accompagnano ad emissioni numericamente rilevanti di micobatteri, tanto che in questi casi non è neanche

previsto l'isolamento del micobatterio nell'escreato. Peraltro la stessa tosse è quasi inesistente in un lattante infetto, tanto che quando il test cutaneo è positivo la possibilità di individuare l'agente viene attuata attraverso un prelievo di succo gastrico al mattino, perché nella notte il muco che giunge in faringe viene deglutito e può esser trasportato nello stomaco dove è possibile reperire qualche micobatterio per le colture di rito o la PCR.

Poiché sappiamo che nel 40% dei lattanti l'infezione è seguita da malattia, al contrario che nell'adulto immunocompetente dove questo avviene nel 5% dei casi, si ha la necessità di intervenire profilatticamente anche quando abbiamo una prova negativa in un contagio sicuro e prima di eseguire, dopo 8 settimane, la seconda prova. La profilassi si fa con isoniazide (INH) (10 mg/Kg/die) e deve essere protratta per 6-9 mesi a meno che il secondo test cutaneo

dovesse risultare negativo. In Italia ci sono preparazioni in compresse da 200 mg, per cui è necessario per il neonato ed il lattante ridurre in polvere la compressa e somministrare la dose corretta: ciò richiede tempo e accuratezza. Nei bambini non è necessario aggiungere all'INH la vit. B6, come è invece necessario nell'adolescente e nell'adulto, nei quali i livelli bassi di piridossina, determinati dall'INH, possono indurre manifestazioni a carico del SNC o anemia nel 2% dei pazienti trattati. Nei lattanti, inoltre, come anche nell'adolescente sono rari altri effetti spiacevoli dell'INH, come l'epatite, tanto che la determinazione routinaria delle transaminasi in corso di terapia non è raccomandata.

La radiografia del torace va fatta in tutti i bambini risultati positivi al Test cutaneo o all'IGRA, poiché permette di confermare o escludere il passaggio dall'infezione alla malattia.

Tabella: Indicazioni diagnostico-terapeutiche nell'infezione tbc

Sospetto contagio	Test cutaneo negativo	Iniziare INH e ripetere test dopo 2 mesi	Sospendere INH se ritest negativo dopo 2 mesi
Malattia tubercolare Rx torace positiva, micobatterio sensibile	Test positivo (estenderlo a familiari e conviventi)	Trattamento con tre farmaci (Isoniazide+ Rifampicina+ Pirazinamid)	Sospendere trattamento dopo 9 mesi
Meningite/ Miliare, malattia polmonare da micobatterio multiresistente	Test positivo	Trattamento con 4 farmaci (streptomina, etambutolo, etionamide, ciprofloxacina) per 4 mesi, con tre farmaci per altri 8 mesi	Ricerca microscopica, coltura di BK. Diagnosi anche con test molecolari

Le diagnostiche più sofisticate e le tecnologie più avanzate offrono grandi opportunità al medico ma non possono mai sostituire la semeiotica nella formulazione di una corretta diagnosi: l'articolo di seguito ne è una evidente dimostrazione.



Mettiamoci il naso...

di Alberto Fischer

Un anziano clinico amava sostenere che quando la diagnosi è veramente difficile, lo è per tutti, anche nel felice periodo dell'alta tecnologia. E' avvantaggiato solo chi ha una metodologia di approccio ai singoli problemi adeguata e verificabile. E un metodo adeguato è quello che esprime una sintesi di esperienza, cultura, capacità comunicativa (ascoltare! empatia), valutazione e umiltà.

Così, spesso, poveri dei mezzi che la tecnologia più moderna mette a nostra disposizione, siamo costretti ad esaltare uno o tutti i cinque sensi di cui fortunatamente siamo dotati. Tra questi, grande importanza va data all'olfatto.

Non è difficile avvertire l'odore di

cavolo, che riempie la cucina quando si fa questa scelta culinaria. Eppure tale "puzza" può guidare verso la diagnosi quando la si avverte in un lattante che presenta vomito, letargia, ipoglicemia, ematuria ed ecchimosi. Bisogna sapere che i metaboliti della metionina danno questo odore e possiamo trovarci di fronte ad una *Tirosinemia tipo I*, nella sua forma acuta, prognosticamente infausta. Una forma definita "cronica" esordisce dopo l'anno di vita con una polineuropatia acuta simile alla Porfiria. La malattia porta a ritardo dell'accrescimento, disfunzione tubulo-renale e cirrosi progressiva. Può esordire anche con dolori diffusi alle gambe che pongono diagnosi differenziale con patologie di carattere reumatico. Il laboratorio evidenzia elevazione delle transaminasi, dell'alfa-fetoproteina, nelle urine aminoaciduria generalizzata con presenza di succinilacetato e succinilacetone, che se, presenti anche nel siero, sono diagnostici.

Se è vostro motivo di preoccupazione il rilevare sintomi simili a quelli della sepsi in un bambino che da poco ha superato il mese di vita (vomito, rifiuto dell'alimento, letargia, ipertonìa muscolare, opistotono, convulsioni) un aiuto importante potrebbe esser dato dall'odore mieloso, caramelloso che emettono

Tab.1 - "Puzze" e malattia.

Odore insolito	Possibile diagnosi
Caramello	Malattia sciroppo d'acero
Muffa/urine di topo	Fenilchetonuria Tirosinemia
Cavolo	Tirosinemia
Piedi sudati	Acidemia isovalerica
Urina di gatto	Deficit di carbossilasi
Formaggio	Deficit di betacrotone-CoA carbossilasi
Acetone	Acidemia isovalerica

i liquidi del bambino. Ecco, vi potreste trovare davanti alla rara *malattia con urine a sciroppo d'acero (MSU)* e una diagnosi precoce migliorerebbe la prognosi di questi bambini. Le urine di questi contengono elevati livelli di leucina, isoleucina, valina, al pari di quanto avviene a livello plasmatico, e dei chetoacidi corrispondenti. Un vecchio test per identificare questa chetoaciduria è quello di aggiungere alcune gocce di reagente 2,4 dinitrofeniladrazina alle urine. Il precipitato giallo che si forma conferma la presenza di chetoacidi e permette la diagnosi.

Il pensare alla MSU è importante nei casi in cui la malattia si presenta in maniera lieve o solo intermittente, slatentizzata da un fenomeno infettivo o da un intervento chirurgico. Queste forme, che si distinguono dalla forma classica per il periodo d'insorgenza che è successivo, possono essere pericolose al pari della classica e condurre a morte se non diagnosticate.

Se doveste avere di fronte un neonato il cui frequente vomito fa pensare alla stenosi pilorica, o una grave letargia associata più o meno a convulsioni fa pensare ad una infezione del SNC, sniffatelo un po' poiché lo sgradevole "**odore di piedi sudati**" vi potrebbe condurre alla diagnosi di *acidemia isovalerica*. Una diagnosi precoce

permette di salvare la vita al piccolo. Il laboratorio evidenzia chetoacidosi e iperammoniemia ma la diagnosi vien posta con la determinazione nelle urine dell'ac. isovalerico e dei suoi metaboliti. Il fastidioso odore è dovuto all'eliminazione di ac. Isovalerico.

Chi poi non ama molto i gatti avverte subito con fastidio lo sgradevole **odore di urina di gatto** entrando nella casa dove il felino la fa da padrone. Ma se tale odore lo emette un lattante in acidosi lattica o con segni neurologici di un'encefalopatia, state attenti poiché questo odore vi permetterà di sospettare un deficit multiplo di carbossilasi e ciò potrebbe salvargli la vita. Il *deficit multiplo di carbossilasi* è una malattia ereditaria del metabolismo intracellulare della *biotina*. Esordisce in genere nel corso del primo anno di vita con coma, acidosi lattica, encefalopatia, convulsioni e manifestazioni vescicolo-bollose alla cute.

La malattia non trattata evolve verso il ritardo mentale e la sordità neurosensoriale. La diagnosi viene posta in base alla cromatografia degli acidi organici che mostra l'accumulo di lattato, dei metaboliti del propinato e dell'acido metilcrotonico. La somministrazione a vita di biotina si è dimostrata altamente efficace nel migliorare la prognosi di questi bambini.

Tab.2- Le malattie dagli odori insoliti

Malattia	Sintomi	Diagnosi	Terapia
Malattie delle urine a sciroppo d'acero	Disfagia Areflessia, Ipo-reflessia Convulsioni Insufficienza respiratoria Ipotonia Atassia/paresi	Aumento nel plasma e nelle urine degli aminoacidi a catena ramificata	Dietetica Detossicante (dialisi) in emergenza
Acidemia isovalerica	Vomito nel neonato Acidosi, Iperammoniemia Convulsioni Pancitopenia Sintomi sfumati in epoche successive	Spettroscopia di massa	Dieta Glicina e carnitina
Tirosinemia	Vomito-letargia Ipertransaminasemia Polineuropatia	Succinilacetato nelle urine	Dieta Trapianto fegato



Pillole di... ambiente

TELEFONINI: SONO DANNOSI PER LA SALUTE?



di Francesco Privitera
Commissione Nazionale
Ambiente SIP

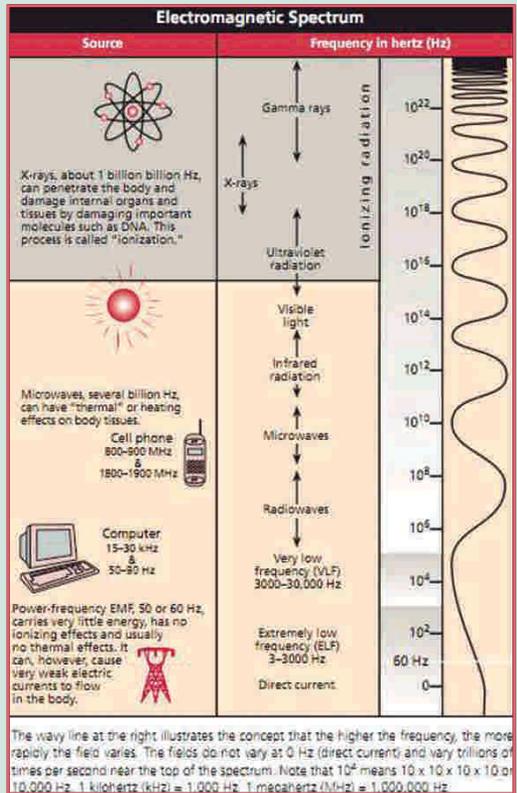
Non se ne parlava quasi mai o comunque poco, sino a quando ad un tratto una comunicazione della IARC (la principale agenzia di ricerca sul cancro legata alla OMS) del 31 maggio 2011, classificando le radiofrequenze elettromagnetiche dei telefonini con una pericolosità di livello 2B, cioè come "possibili cancerogene", ha fatto scoppiare la bomba. Da quel momento nei quotidiani, nelle riviste ed in TV non si discute d'altro che sulla cancerogenicità dei telefonini riportando autorevoli pareri, ovviamente in opposizione tra loro, sull'argomento.

Nella vita di tutti i giorni siamo tutti esposti a campi elettromagnetici generati da una moltitudine di dispositivi tra cui i telefoni cellulari. Però, rispetto alle altre fonti che si trovano ad una certa distanza e che quindi emettono radiazioni elettromagnetiche con potenze basse molto al di sotto dei limiti raccomandati, i telefonini che vengono posti vicino l'orecchio possono raggiungere potenze più elevate per tempi lunghi. Se si considera che nel mondo ci sono 5 miliardi di telefonini funzionanti e che ogni anno aumentano di 5 milioni, vi rendete conto della

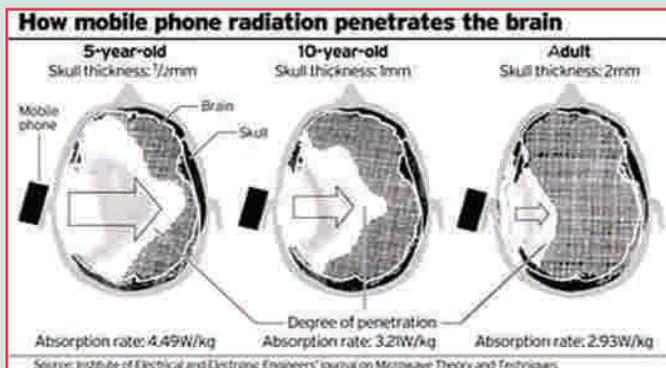
vastità e dell'eventuale gravità del problema. I tumori che sembrano essere interessati sono quelli cerebrali ed in particolare i gliomi, i meningiomi ed i neurinomi del nervo acustico. Ovviamente il problema investe non solo i telefonini, ma anche i cordless ed i bluetooth che, sia per la minore emissione sia per la minore diffusione degli apparecchi, sono considerati trascurabili. Ma cosa sono questi malefici

campi elettromagnetici (CEM) ad alta frequenza (AF)? Essi sono costituiti da radiazioni elettromagnetiche ad alta frequenza che vanno da 10 KHz a 300 GHz, suddividendosi in due gruppi e cioè tra 10 KHz e 300 MHz dette **radiofrequenze (RF)** e tra 300 MHz e 300 GHz chiamate **microonde (MO)**. Non sono radiazioni ionizzanti e quindi per definizione non

danno alterazioni molecolari nelle cellule. I telefoni cellulari operano ad una frequenza compresa tra 450 e 2700 MHz, con potenze di picco tra 0,1 e 2 watt. L'effetto a breve termine dei telefoni cellulari (non considerando le interferenze sui pace-maker) è l'ipertemia dei tessuti. Praticamente sono come forni a microonde, solo che le potenze sono di gran lunga inferiori e pertanto non ci si arrostisce. Gli effetti a lungo



termine supposti e scientificamente ancora non sicuramente dimostrati, sono quelli di provocare tumori, soprattutto nelle zone vicine all'apparecchio. I primi cellulari, quei grossi mattoni del passato che sfruttavano il sistema TACS, ormai abbandonato dopo l'introduzione del sistema GSM (Global System for Mobile communications), emettevano campi elettromagnetici più potenti rispetto ai telefoni cellulari attuali GSM. Inoltre quelli di ultima generazione UMTS (Universal Mobile Telecommunications System) emettono circa 100 volte meno energia rispetto ai GSM. Uno degli aspetti da considerare nell'uso dei telefonini è il SAR (Specific Absorption Rate) o Tasso di Assorbimento Specifico, che esprime la potenza assorbita per unità di massa ed è espresso in Watt/Kg. Nell'uso dei telefonini il SAR è locale. Negli Stati Uniti il SAR massimo stabilito dall'FCC (Federal Commission Communication) per i telefoni cellulari è di 1,6 mentre per la Comunità Europea è di 2. Questi valori sono comunque stati decisi entro limiti abbondanti di sicurezza. Il SAR durante l'uso del telefonino è variabile e dipende da tanti fattori: dalla distanza dell'apparecchio, dai disturbi di linea (più disturbata è la linea più potenza esprime l'apparecchio), dal luogo (in città il SAR è più basso perché ci sono più radio base - in gergo antenne ripetitrici - e quindi le loro potenze sono più basse rispetto a luoghi più aperti come la campagna), dalla prontezza di



risposta alla chiamata (la potenza è più alta all'inizio degli squilli) etc. Inoltre i rischi di potenziali danni aumentano del doppio se si considerano i bambini, soggetti in accrescimento le cui difese sono ancora immature, la conducibilità del cervello è maggiore, la consistenza delle ossa craniche è minore e soprattutto usano più spesso il telefono cellulare, quindi in ultima analisi sono più esposti.

Data la mole di lavori scientifici contraddittori nelle risultanze, la IARC il 31 maggio 2011, ha prodotto un comunicato classificando le onde elettromagnetiche ad alta frequenza dei telefonini come "possibili cancerogene" e stabilendo per essi il principio della precauzione in attesa di studi più approfonditi e pro-

banti per cui l'OMS si impegna a condurre una valutazione formale del rischio di tutti gli esiti sanitari studiati da esposizione a radiofrequenze entro il 2012. Dopo la dichiarazione della IARC, intanto è stato pubblicato sul BMJ di ottobre 2011 un lavoro danese le cui conclusioni sembrano tranquillizzare gli utenti di cellulari, ma non considera l'uso massivo del telefonino e una durata più lunga di tempo di uso del cellulare stesso. E la storia ricomincia!!!

E allora che si fa? In attesa di ulteriori studi che ci chiariscano l'effettiva pericolosità dei telefonini, è doveroso seguire una certa prudenza sull'uso dei cellulari soprattutto nei ragazzi e pertanto suggerisco un decalogo di comportamenti (tab. 1).

tab. 1 - Decalogo sull'uso prudente dei telefoni cellulari

- Non far usare i telefoni cellulari ai ragazzi < 12 anni (non se ne vede peraltro la necessità);
- Non abusare del cellulare;
- Usare l'auricolare, preferendo quello col filo al bluetooth (l'esposizione diminuisce di molto distanziando il telefonino dall'orecchio);
- Fare telefonate brevi, soprattutto se la linea è disturbata ed il telefono è costretto a lavorare a piena potenza;
- Evitare l'uso del cellulare in ambienti stretti ed affollati;
- Non tenere il cellulare a stretto contatto col corpo in fase di ricezione;
- Quando la telefonata si prolunga, cambiare orecchio;
- Tenere lontano dal corpo il telefonino quando si compone il numero;
- Non rispondere immediatamente (in fase iniziale di collegamento con la stazione radio base le emissioni sono più intense);
- All'acquisto di un telefono cellulare tenere più in considerazione il SAR (in Europa è d'obbligo indicarlo) scegliendo quello che lo ha più basso, piuttosto che quello che ha il look più attraente.

Nuove opportunità terapeutiche per i ragazzi siciliani

A proposito di “pectus excavatum”

di Enrico Potenza

Il *pectus excavatum* (PE) rappresenta la più frequente anomalia di sviluppo congenita della gabbia toracica con un'incidenza di circa 1 caso ogni 800 bambini. Solitamente poco visibile alla nascita diviene, progressivamente, più evidente nelle varie fasi di crescita del bambino prima e del ragazzo dopo. La gravità della patologia può variare molto e va da casi appena accennati e a casi clinicamente molto gravi. La porzione immersa dello sterno può infatti essere causa di compressione sugli organi sottostanti e provocare un variabile grado di dispnea da sforzo. In ogni caso tale anomalia rappresenta una sicura fonte di disagio psicologico per gli adolescenti.

Per decenni, la riparazione della deformità sterno-costale è stata affidata ad una procedura chirurgica “a cielo aperto” che prevedeva un tempo demolitivo, con la sezione dei tratti costali

interessati e dello sterno, e un tempo ricostruttivo, con impianto di fili metallici.

L'importante rivoluzione nel trattamento del PE si è osservata nel 1998 con la messa a punto della tecnica mini-invasiva proposta da Donald Nuss (“Nuss procedure”). La tecnica di Nuss, oggi conosciuta anche come “Minimally Invasive Repair of Pectus Excavatum” (MIRPE), prevede l'impianto di una barra in metallo, tunnelizzata al di sotto dell'area di depressione sternale, sotto controllo videotoracoscopico; essa viene mantenuta in sede per 2 - 3 anni e, quindi, rimossa. Dalla sua prima presentazione sono state apportate numerose modifiche alla tecnica originale migliorando le fasi di impianto della barra stessa e riducendone le complicanze.

Oggi la MIRPE non richiede nessuna demolizione cartilaginea e prevede solo due

piccole incisioni cutanee senza sezione muscolare; viene effettuata, routinariamente, in circa 40 minuti con minime perdite ematiche (10-30 cc). La metodica permette al paziente un rapido recupero delle normali attività ed eccellenti risultati estetici a lungo termine. La correzione è

proposta a giovani di età compresa fra i 4 ed i 18 anni (età ideale 8-12 anni), ma sempre più frequentemente viene estesa anche a pazienti fino ai 40 anni. La degenza è di circa 3 giorni.

Presso l'Unità Operativa Complessa di Chirurgia Toracica dell'Ospedale Garibaldi Nesima sono stati condotti interventi di correzione mini-invasiva del PE, con positivi riscontri ed apprezzamento da parte dei giovani pazienti e delle loro famiglie, grazie ad un'intensa e proficua collaborazione con la Divisione di Chirurgia Toracica dell'Università di Aarhus - Skejby (Danimarca) diretta dal dott. Hans K. Pilegaard (oggi uno dei più importanti *opinion leader* nel trattamento del PE). Possiamo, dunque, considerare con soddisfazione lo sviluppo di questa nuova attività chirurgica, necessaria al completamento tecnologico di una unità operativa di chirurgia toracica generale. Tale progresso fornisce nuove opportunità terapeutiche ai ragazzi siciliani ed eviterà disagi alle famiglie che, fino ad oggi, troppo spesso sono state costrette ad emigrare in altre regioni per trovare una risposta alle loro esigenze.

Fig. 1- Immagine pre-operatoria.



Fig. 2 Immagine post-operatoria con evidenti cicatrici per l'inserimento della barra e del trocar per l'introduzione dell'ottica toracoscopica.



Il pediatra tra famiglia e web

di Maria Libranti
Commissione Bambini -
Adolescenti - Media SIP

“Risks and safety on the internet”: è questo il titolo di un’indagine voluta dalla Commissione Europea nel 2010 che ha coinvolto 25 paesi per un totale di 25.142 ragazzi tra 9 e 16 anni insieme ad almeno uno dei rispettivi genitori.

I dati emersi sono lo specchio di una realtà piuttosto inquietante.

L’età media di primo utilizzo di internet è di 8 anni ed il 60% degli intervistati dichiara almeno 1 accesso al giorno (il 59% ha già il suo profilo su un Social Network).

Mentre il 73% dei genitori dice di non ritenere che vi sia rischio d’incontri pericolosi o sconvolgenti per i loro figli su internet, il 41% dei ragazzi dichiara di avere incontrato situazioni di rischio sul web, 1 su 20 è stato vittima di bullismo e il 12% confessa di essere stato turbato o sconvolto da immagini incontrate navigando ed oltre il 30% ammette di avere chattato con sconosciuti. Altro dato allarmante sono i disturbi da “dipendenza” da internet (perdita di sonno, di amici, di rendimento scolastico etc..) denunciati da circa il 30% degli intervistati.

Un terzo degli intervistati dichiara di sapere usare la rete assai meglio dei genitori e di questi solo il 9%, infatti, è capace di utilizzare i sistemi di sicurezza per garantire un uso più sicuro della rete ai propri figli. Non stupiscono dunque i fatti di cronaca che vedono spesso coinvolti i minori in casi di

adescamenti, cyberbullismo, pedopornografia, furti d’identità etc...

Altro dato piuttosto interessante è quello che vede l’Italia agli ultimi posti tra i paesi che prevedono l’aiuto all’uso di Internet da parte degli insegnanti.

Non dobbiamo dimenticare che la rete non rappresenta solo una fonte di rischi ma è anche uno strumento di conoscenza e di opportunità oramai irrinunciabile. Pertanto la strada da percorrere è quella che garantisca, attraverso ogni strumento ed alleanza possibile, un utilizzo più sicuro e consapevole del



web. In tal senso è prioritaria la formazione più corretta ed aggiornata possibile rivolta non solo ai ragazzi ma a tutti coloro che hanno a cuore la salute e la crescita dei bambini e degli adolescenti, in primo luogo ai genitori ma anche a noi pediatri e agli insegnanti.

All’interno della SIP è stata costituita la commissione BAM (Bambini, Adolescenti e Media) che ha proprio l’obiettivo di sensibilizzare e formare i pediatri sulle problematiche legate al rapporto tra i ragazzi e i media, collaborando con tutti gli stakeholders coinvolti (famiglie, scuole, polizia postale etc.). Tra le varie iniziative in programma vi è quella di creare una locandina per gli ambulatori pediatrici con l’obiettivo di stimolare il colloquio genitore-pediatra sulle problematiche legate al web che coinvolgono bambini ed adolescenti. Il contenuto sarà costituito da input suddivisi per fasce d’età che serviranno da traccia per approfondire i comportamenti relazionali tra genitori e figli inerenti l’uso e l’abuso dei media e delle nuove tecnologie.

Conoscenza e prevenzione, in fondo lo sappiamo da sempre, sono queste le armi più efficaci e quelle che non dobbiamo smettere mai di adoperare in difesa dei nostri pazienti.



Intervista a Francesco Chiarelli A proposito di malattie endocrinologiche

di Antonino Gulino



Le patologie endocrinologiche sono sempre più frequenti nei nostri ambulatori: è il risultato di una maggiore attenzione diagnostica da parte del pediatra o espressione di un reale incremento di queste malattie? Questo è il quesito di fondo che abbiamo cercato di chiarire con Francesco Chiarelli, direttore della Clinica Pediatrica di Chieti ed endocrinologo di fama mondiale.

Gulino: *Professore noi pediatri abbiamo la sensazione che ci sia un aumento delle patologie tiroidee, risponde a verità?*

Chiarelli: In generale c'è un incremento delle patologie autoimmunitarie, documentato da vari studi che sono stati fatti per varie malattie, come per la celiachia, il diabete di tipo 1 o la sclerosi multipla. Quindi, c'è un aumento delle patologie autoimmunitarie fra cui le tiroiditi, soprattutto della tiroidite di Hashimoto che è la forma più frequente; poi c'è anche un aumento della malattia di "Graves", anche questa dovuta ad un diverso meccanismo autoimmunitario. Sicuramente c'è una maggiore sensibilità da parte dei medici ma anche da parte della popolazione generale sulle malattie tiroidee. Faccio degli esempi: ci sono delle zone in Europa in generale, ma in particolare anche in Italia, in cui la frequenza di malattie tiroidee è notoriamente maggiore, come nelle valli bergamasche, in Abruzzo, in Calabria e in alcune zone della Sicilia. Quindi c'è una maggiore conoscenza delle malattie autoimmunitarie, queste due cose messe insieme portano ad un aumento dei bambini da

trattare con terapia ormonale.

G.: *Qual è il trattamento d'elezione della tiroidite di Hashimoto e per quanto tempo?*

C.: Su questo punto in particolare non c'è accordo in letteratura, se il TSH è superiore a 10 oramai tutti sanno che bisogna trattare la tiroidite di Hashimoto, anche detta ipotiroidismo subclinico, con l'eutirox. Il problema sono quei bambini, soprattutto femmine, in cui il TSH è fra 5 e 10. In questi casi bisogna discernere se le bambine hanno autoanticorpi contro la tiroide (anticorpi antitireoglobulina e antitireoperossidasi). Se hanno anticorpi e il TSH è superiore a 5 e inoltre hanno una forte familiarità per malattie autoimmunitarie complessivamente e malattie tiroidee in particolare, l'orientamento (non c'è un consenso scientificamente solido) è quello di trattare. Quelli con TSH sotto il 5 non vanno trattati anche se hanno autoanticorpi.

G.: *Abbiamo parlato di patologie autoimmunitarie, ma secondo la sua esperienza quali sono le altre patologie in ambito endocrinologico di tipo autoimmunitario che stanno crescendo o comunque diventeranno una futura emergenza pediatrica?*

C.: Sicuramente il diabete di tipo 1. Ci sono degli studi in Finlandia (che è una nazione direi esemplare dal punto di vista della gestione dei registri dei bambini con diabete di tipo 1 perché ha iniziato a raccogliere dati fin dagli anni '60) pubblicati su Lancet qualche anno fa, che mostrano chiaramente che c'è un marcato aumento (di circa 18 volte) se confrontiamo i dati degli anni '70-'80 e 2000-2010, del diabete di tipo 1, in tutte le categorie di età, sia nei bambini molto piccoli da 0 a 4 anni, sia nei bambini dai 4 ai 10 anni e sia negli adolescenti dai 10 ai 16 anni. Quindi questo dato finlandese dimostra che c'è un aumento di diabete di tipo 1 nei bambini piccoli della prima infanzia.

G.: *Il pediatra come fa ad intercettare precocemente queste patologie, ed eventualmente può lei darci delle indicazioni di carattere generale per prevenire questo tipo di patologia, la cattiva alimentazione ha un ruolo rilevante?*

C.: Il ruolo del pdf è fondamentale sotto tanti punti di vista in Italia; ricordiamoci che siamo uno dei pochi paesi ad avere la pediatria di famiglia, quindi questo consente di intercettare meglio le patologie; sicuramente quello di evitare la cheto acidosi. Ciò è importante perché in questo caso si ha una maggiore possibilità che il bambino vada in remissione subito e che ci sia anche una remissione più lunga e questo si sa che è un fattore di protezione per le complicanze a lungo termine. Quindi diagnosi precoce del diabete quando il sospetto è un bambino con una forte familiarità per il diabete di tipo 1, chiaramente se ha anche una forte familiarità

per malattie autoimmunitarie come ad esempio celiachia o malattia tiroidea, e poi in un bambino che ha una poliuria la prima cosa a cui bisogna pensare è il diabete e non un'infezione delle vie urinarie. Per quanto riguarda l'alimentazione, dati certi non ne abbiamo come ad esempio sul ruolo dell'allattamento al seno come prevenzione delle malattie autoimmunitarie. Ci sono degli studi, anche qui fatti in Finlandia, che dimostrano che l'allattamento al seno una certa protezione la dà e quindi quello dell'allattamento al seno potrebbe essere una delle promozioni che il pdf può fare.

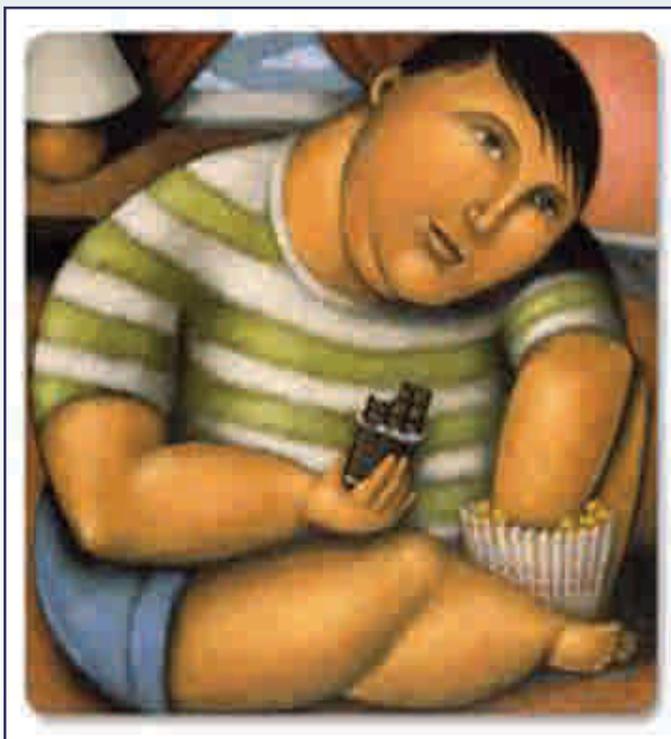
G.: Dal diabete di tipo 1 al diabete di tipo 2, il famoso "diabete non autoimmune". Effettivamente non è più di competenza del medico dell'adulto ma in qualche modo tocca anche il pdf, è vero o è solo una sensazione?

C.: Diciamo che oggi si parla dei diabete dei bambini e non più del diabete, fino a 10 anni fa avevamo considerato che quando si parlava del diabete del bambino ci si riferiva al diabete autoimmune di tipo 1, al diabete magro per dirla con un termine desueto. Oggi sappiamo che quando approcciamo un bambino che ha iperglicemia, dobbiamo pensare anche ad altri diabeti, ma quando ci devo pensare? Intanto consideriamo che il 92-93% di bambini con ipoglicemia ha il diabete di tipo 1, quindi nella stragrande maggioranza rimane tale. Bisogna considerare che fra il 5 e l'8% ci sono altri diabete nel bambino che sono: il Mody, che è un acronimo direi molto sfortunato che vuol dire "diabete dell'adulto con insorgenza nel bambino", invece dovrebbe essere definito "diabete monogenico". Quindi Mody e diabete di tipo 2 sono due cose diverse, perché i Mody sono quasi sempre bambini magri, i diabete di tipo 2 sono quasi sempre grassi in cui c'è una resistenza all'insulina, cioè loro producono insulina, qualche volta anche in eccesso, ma questa insulina non funziona. Oggi con l'aumento dell'obesità infantile così marcato dobbiamo anche pensare al diabete di tipo 2. Direi quindi che queste due categorie, il Mody bambini quasi sempre magri e il diabete di tipo 2 in genere bambini quasi sempre grassi, sono le altre due forme più frequenti che noi abbiamo nei bambini.

Il diabete di tipo 2 è direttamente correlato all'obesità, siccome l'Italia è un paese in cui l'obesità infantile incide per il 30-50% allora non sorprende che ci siano bambini con il diabete di tipo 2.

G.: Lo studio dell' HLA può mettere in evidenza una sorta di predisposizione a fare il diabete in bambini che peraltro sono sani, Lei reputa che questo comportamento sia utile per la salute del bambino?

C.: Direi che noi dobbiamo curare i bambini e non gli esami e, questo è noto, in un bambino che ha una forte familiarità per malattie autoimmunitarie, se la mamma lo richiede, credo che il pediatra debba dire: oggi c'è la possibilità di fare l'HLA che può mettere in evidenza un rischio oppure un fattore di protezione. Però bisogna anche essere onesti e dire che il 20% dei bambini con l'HLA a rischio, non svilupperanno mai un diabete o una malattia autoimmunitaria, e che il 20% dei bambini con l'HLA non a rischio possono sviluppare la malattia, e quindi purtroppo sono altri geni che codificano per questo rischio. Quindi personalmente non richiederei l'HLA in un bambino sano, ma se ha un fratellino o la mamma con diabete di tipo 1 lo chiederei, sostanzialmente come si fa con la celiachia, però bisogna anche informare per non creare malati immaginari.



di Antonino Gulino

Terraferma

Regia: Emanuele Crialese

Emanuele Crialese uno dei registi più sensibili del nostro panorama cinematografico, ci riporta, dopo il film che lo ha fatto conoscere al grande pubblico "Respiro", nuovamente in un'isola siciliana.

Un mondo diviso tra l'interesse emergente per un turismo di massa e la dura difesa della pesca, intesa non solo come mezzo di sostentamento ma come scelta di vita. In questo contesto vive una famiglia di pescatori composta dal vecchio patriarca Ernesto, dalla giovane nuora rimasta vedova (una straordinaria Donatella Finocchiaro) e dal figlio adolescente che confusamente cerca un suo percorso verso l'età adulta.

Tutti, loro malgrado, sono investiti dal dramma dell'invasione dei clandestini, una moltitudine di disperati alla ricerca di un porto, di una Terraferma, di una possibilità di sopravvivenza negata nel loro mondo, ma anche nel nostro, dove la legge sui cosiddetti respingimenti impedisce di accogliere anche chi sta per annegare.

Ma il mondo descritto da Crialese è fatto soprattutto di uomini veri, pronti a difendere i propri ideali: "non ho mai abbandonato nessuno in mare", dice Ernesto, accogliendo prima sulla sua barca e poi a casa, un bimbo e la madre incinta.

Una scelta dolorosa che segnerà la loro esistenza, ma soprattutto quella del giovane adolescente, che lo costringerà a crescere, a scegliere tra un comodo egoismo e un impegno civile difficile ma gratificante.

La storia semplice, spesso cruda, ha il sapore della realtà e ci costringe a prendere posizione, a fare i conti con la nostra coscienza e con i nostri quotidiani compromessi: la crisi economica che stiamo vivendo non può farci da comodo alibi dietro cui nascondere i nostri egoismi.

La cultura dell'accoglienza del vecchio pescatore non è il retaggio di un mondo scomparso ma è l'essenza stessa della nostra civiltà e confusamente ne prende coscienza il giovane protagonista del film; - aiutiamolo a crescere - sembra dirci il regista - può diventare esempio di una ritrovata umanità.



recensioni

Biancaneve

di Jacob
e Wilhelm
Grimm,
Benjamin
Lacombe
ed. Rizzoli
€ 18,00



di Giusi Germania

Saranno molti i genitori che hanno ascoltato rapiti, da bambini, la arcinota fiaba di "Biancaneve e i sette nani". Tanti hanno ancora negli occhi le immagini di disneiana memoria che ritraggono la protagonista vestita d'azzurro, capelli neri, fiocco rosso, movenze leziose e aggraziate. "Biancaneve" edito da Rizzoli (18,00 euro) tradotto e adattato da Suzanne Kabok, ci propone l'occasione di immaginarci in modo totalmente diverso l'intera scena e, utilizzando le preziose immagini di Benjamin Lacombe, offre ai lettori un racconto molto più fedele all'originale dei fratelli Grimm, per una serie di particolari che introducono più elementi fiabeschi e meno tratti patinati.

Si può parlare di immagini artistiche per le grandi tavole sognanti, con un emozionante uso del colore o talvolta in un efficacissimo tratto di matita in bianco e nero, che raccontano l'ambientazione e la caratterizzazione dei personaggi in maniera pregevole. Ed è piacevole anche il testo verbale, asciutto, scorrevole, sonoro.

L'insieme compone un albo illustrato veramente gradevole, direi da collezione, soprattutto perché il ricordo di una storia letta da bambini è spesso legato, oltre al piacere dell'intreccio narrativo, anche alle sensazioni legate al contatto fisico con la carta o alla visione delle immagini, provate durante l'ascolto del racconto. Come la fiaba anche questo sembra un testo senza tempo quando il "nostro" tempo tende con sempre più frenesia ad appannare i momenti legati ad un libro cartaceo o ad una lettura condivisa. Per i bambini, e anche per noi adulti, riprendiamoci con rinnovata energia, fiabe e tempo.

DI GIAMOCELO...

La razza dei pediatri comprende una sottospecie in grave pericolo d'estinzione per la quale c'è da auspicare che, come il panda, diventi a breve una "specie protetta" come quelle a cui Piero Angela dedicherebbe una puntata di "Superquark". La sottospecie a cui mi riferisco - ci sarete arrivati da soli - è proprio quella del "Pediatria di famiglia" e *digiamocelo*, profetizzarne la sparizione nel giro di qualche anno è facile previsione, anche per i meno perspicaci tra noi. A nulla valgono le grida d'allarme lanciate dalle varie organizzazioni sindacali prima e dalla Società Italiana di Pediatria dopo. Le istituzioni non solo sembrano indifferenti ai nostri accorati appelli, ma appaiono addirittura intenzionate a percorrere vie diametralmente opposte a quelle che avevano visto la nascita della Pediatria di Famiglia. Tale "anomalia tutta italiana", come amano definirla i detrattori di questo invidiabile modello di assistenza infantile, è sorta con l'intenzione di raggiungere capillarmente tutta la popolazione garantendo assistenza gratuita e qualificata ad ogni bambino. Si tratta di una delle pochissime "anomalie" di cui andar fieri nel nostro paese, una realtà che non teme il confronto con gli altri stati europei che la osservano da sempre con interesse e che gode, com'è stato più volte rilevato, di un ottimo indice di gradimento da parte delle famiglie. Ma non appena qualcosa funziona, allora sì che ci sentiamo "anomali"!

Ecco, dunque, che la classe politica si sta adoperando a sgretolare con scientifica precisione tutto il sistema. Non solo non si è provveduto ad incrementare adeguatamente il numero degli iscritti alle scuole di specializzazione (il 10% è talmente ridicolo da mettere in crisi tutta la pediatria ed in special modo la pediatria di

famiglia), ma il sistema di assistenza prima oculatamente capillare (centrifugo) assume una direzione opposta con un pericoloso andamento centripeto (vedasi AFT, Aggregazione Funzionale Territoriale). Anche i più miopi



tra di noi non possono non vedere che dietro la formazione delle AFT ci sia un progetto preciso che, verosimilmente, nel tempo ci condurrà nei poliambulatori a svolgere un'attività di consulenza specialistica.

Al momento l'obiettivo sembra quello di voler concentrare i pediatri nelle aggregazioni territoriali per garantire l'assistenza continua all'utenza (finalmente "l'acuto banale" troverà un canale di sfogo!) al minimo costo possibile. Tutto ciò, contrariamente a quanto ci si prospetta, andrà a scapito della qualità del nostro lavoro. E' un sistema in cui si perderà il rapporto di fiducia medico-paziente (un pediatra di turno anche per gli assistiti di tanti altri pediatri) ed in cui il piccolo più sfortunato che abita a distanza dall'AFT non avrà le stesse opportunità di cura di quello che risiede nelle vicinanze.

Purtroppo viviamo in un tempo di grandi incertezze così, mentre il primo ministro Monti ha provveduto ad allungare ulteriormente l'età pensionabile e l'Enpam, con la sua cattiva gestione, ha ridotto significativamente il valore delle nostre pensioni, solo il servizio sanitario ci dà una certezza: non andremo in pensione da pediatri di famiglia. Se mai ci andremo!

LA TOSSE

di Antonio Fichera

La tosse del bambino costituisce, certamente, uno dei sintomi per i quali al pediatra viene richiesto un intervento terapeutico rapidamente risolutivo. Fortunatamente la tosse è un sintomo generalmente innocuo e la malattia sottostante che la provoca è raramente grave ed in genere autolimitante. I presidi farmacologici in nostro possesso sono molti e variegati, ma è esperienza comune che essi non sempre allontanano il sintomo nei tempi e modi richiesti. E' infatti necessario che venga sempre effettuato un chiaro inquadramento nosologico, affinché l'intervento terapeutico conseguente possa risultare celermente efficace. La tosse è detta specifica se si associa ad una evidente patologia sottostante, mentre è definita non specifica in assenza di segni e sintomi, clinici o radiologici.

La tosse acuta aspecifica, legata nella maggior parte dei casi a un'infezione delle alte vie aeree, viene spesso trattata, nella pratica quotidiana, con antistaminici, espettoranti, mucolitici, muco-regolatori, sedativi della tosse, broncodilatatori, antibiotici, cortisonici e così via. I preparati antitosse più facilmente reperibili contengono spesso diverse molecole assemblate in associazioni e non sempre sufficientemente testate, se non addirittura irrazionali. Inoltre tutti questi farmaci non hanno sempre dimostrato, secondo l'American Academy of Pediatrics, una efficacia superiore a quella del placebo ed in particolare la codeina e gli altri sedativi della tosse presentano, oltre che modesta efficacia, anche scadenti margini di sicurezza.

Anche i broncodilatatori, in particolare i beta-2 stimolanti per via inalatoria, non dimostrano secondo lo studio TEDDY di recente pubblicazione alcuna evidenza di efficacia ed anche per gli antibiotici sono disponibili revisioni sistematiche della letteratura e metanalisi che dimostrano l'inappropriatezza di un loro impiego sistematico nella tosse acuta aspecifica. Pertanto, risulta evidente che sono in maggioranza i farmaci da proscrivere che quelli da prescrivere e che il comportamento attualmente ritenuto più idoneo è quello di rassicurare il bambino e i familiari, rendendoli edotti della storia naturale della malattia che prevede la risoluzione del quadro clinico, nella maggior parte dei casi, entro 2-3 settimane.

Il trattamento della tosse acuta specifica e/o protratta è invece, con maggiore evidenza, legato ad una patologia di base e le cause principali sono riportate in tabella. I vari trattamenti, per i quali si rimanda alle specifiche linee guida, devono sempre ispirarsi a principi di specifica terapia eziologica, conseguenti ad un chiaro inquadramento clinico. Per il bambino con polmonite al di sotto di un mese di vita, viene in genere suggerito il ricovero ospedaliero, da un mese a quattro anni il farmaco di prima scelta può essere costituito dall'amoxicillina, dall'età di cinque anni in poi nei bambini con infiltrato alveolare è previsto inizialmente l'impiego di amoxicillina, con o senza acido clavulanico, mentre nei casi con infiltrato interstiziale è possibile utilizzare un macrolide. La bronchiolite si risolve in genere spontaneamente anche soltanto con l'ossigenoterapia e l'idratazione, mentre molto controverso è l'impiego sistematico di broncodilatatori, antibiotici e ribavirina, che non modificano significativamente il decorso clinico della malattia.

Il croup di lieve entità può essere trattato anche soltanto con umidificanti e budesonide per via aerosolica con aggiunta di adrenalina nei casi moderati e di betametasone im. o ev. nei casi più gravi, mentre la tosse da rinite allergica può giovare dall'impiego di antistaminici o steroidi topici.

Nel caso di tosse che duri da più di 3 settimane (tosse subacuta o protratta), le attuali indicazioni prevedono di iniziare con un periodo di osservazione, che nella maggior parte dei casi risulta sufficiente e, nel caso in cui la tosse non si riduca o addirittura aumenti, di sottoporre il bambino a rivalutazione clinica. Dopo quest'ultima il consiglio delle linee guida è di iniziare un trattamento che dipenderà dal tipo di tosse, secca o produttiva.

Nel caso di tosse secca, l'impiego routinario di metilxantine e inibitori recettoriali dei leucotrieni viene generalmente sconsigliato, almeno come approccio iniziale ed anche nel reflusso gastro-esofageo l'atteggiamento più corretto consiste nell'indagare su altre cause della tosse, prima di suggerire ai genitori un trattamento prolungato del disturbo digestivo. Nel dubbio che sia proprio l'asma a sostenere il sintomo è possibile suggerire inizialmente un trattamento di fondo, di solito con steroidi inalatori, per 2-4 settimane, e quindi procedere secondo le specifiche linee guida. Le infezioni da mycoplasma e da clamidia, più frequenti dall'età scolare in poi, traggono beneficio da un trattamento con macrolide; per quanto con-

cerne le infezioni tubercolari, l'aumento dei ceppi resistenti alla rifampicina e all'isoniazide determina la necessità di adoperare anche la pirazinamide e/o altri farmaci, secondo le specifiche linee guida. Nel caso in cui la tosse sia produttiva e persistente, non è riconducibile ad una specifica eziologia, può essere consigliato un trattamento empirico con un antibiotico per almeno 10 giorni.

Da quanto sopra riportato risulta evidente che anche nelle tossi da causa specifica e/o protratte l'intervento terapeutico può essere limitato a pochi e specifici farmaci, da impiegare per i tempi necessari e secondo le modalità previste. In sintesi, quindi, occorre porre in evidenza che:

- *Molti dei farmaci normalmente prescritti nella tosse acuta aspecifica del bambino sono spesso inutili o addirittura dannosi;*
- *E' sempre necessario cercare di attuare una terapia eziologica, soprattutto nei casi di tosse protratta;*
- *E' opportuno seguire fedelmente le specifiche linee guida;*
- *I trattamenti antibiotici empirici devono essere riservati a pochi casi selezionati;*
- *I trattamenti non conformi alle linee guida determinano un inutile aumento di spesa per il cittadino o per il SSN.*



Quel che resta

di Sergio Mangiameli

“Posso?”

Seduto sulla larga poltrona imbottita, girata verso una vetrata inesistente a sbalzo sull'universo in movimento, lui quasi sobbalza: “e che ci fai qui?”

“Ti disturbo?”

“Oh, niente affatto. Ho appena finito di guardare la mia vita e adesso pensavo di assistere alla nascita di quella stella laggiù. Vieni, ti faccio vedere...”

Prende un'altra poltrona e la tira a sé, piazzandola vicino alla sua. Io mi siedo accanto a lui e mi metto comodo a guardare le prime luci della nuova stella; vedo un'altra che è appena esplosa e vedo una cometa che ci sta passando accanto e ci illumina. C'è un silenzio perfetto che avvolge ogni cosa: pianeti giganti e piccoli mondi che girano insieme dentro sistemi solari impensabili, e miliardi di galassie dentro cui non è precisato quale tempo scorra.

Lui mi sorride e guarda beato, indicandomi col dito la luce che viene deviata e ingoiata in un lontano imbuto nero.

“E' fantastico, non è vero?”, mi domanda estasiato.

“E' più di quanto pensassi”.

“Non è vero”, e si gira guardandomi negli occhi. “Raddrizza la frase: è più di quanto ricordassi. E' così”.

“Forse hai ragione. Posso chiederti una cosa?”

“Oh, certamente”, mi risponde sorridendomi.

Lo guardo negli occhi e vedo tutto, senza barriere, senza paure.

“Dimmi tutto quello che non mi hai detto, tutto quello che avrei voluto ascoltare e che non ho mai avuto il coraggio di chiederti. Dimmelo oggi se puoi, che è un giorno proprio come gli altri, per il mio sentimento uguale a quello degli altri, e tu sei quassù”.

Lui inspira profondamente, si guarda intorno e prende sul dito una nana bianca, che poi lascia scivolare via come una coccinella sull'erba.

“Ascoltami bene, allora. Io ti dirò che ti amo e che sono morto col dolore di non essere mai riuscito a dirtelo. Ti dirò che ogni abbraccio che ti ho negato è stato un coltello piantato dentro di me, che guardavo e non riuscivo a

fare. Ti dirò che questo è il più grande dolore che ci portiamo quassù: l'amore provato e non detto. Ascoltami bene: tutto il tempo che si vive così è sprecato. Io adesso non ricordo bene né i dove né i quando, ma riesco a sezionare benissimo ogni emozione che ho vissuto e che rimane per sempre. Sono soltanto loro, le nostre emozioni, che ci accompagnano oltre e delle quali non possiamo farne a meno. Sono loro, le nostre gocce di verità. Sono loro, che non dovremmo mai tradire e avere la forza di viverle, nonostante la paura, perché oltre la paura c'è solo meraviglia. Ognuno di noi sa cosa dovrebbe fare, basterebbe ascoltarsi e seguire l'istinto. L'uomo è tutto.”

Attorno a noi non c'è niente che sembra normale, ma tutto è tranquillamente reale, esattamente vero, come la straripante emozione che mi brucia la pelle.

“Dobbiamo chiederci scusa”, io dico.

“Non ci sono doveri nei sentimenti. Non ci sono regole. C'è quello che viene, così com'è”.

“Ma non possiamo rimediare?” e allargo le mani.

Lui le fissa: “Non possiamo abbracciarci adesso: è il nostro conto salato per non aver chiesto e non aver dato prima. Ma siamo sulla buona strada per farlo nella prossima vita”.

Il silenzio delle stelle ci sovrasta e ci scava.

“Un'altra cosa, papà?”

“Dimmi figliolo”

“Cosa posso dire di nuovo a mia figlia?”

“Abbracciala e dille di nuovo che le vuoi bene”.

“Ah, papà!”

“Sì? Aspetta, aspetta!”, mi vorrebbe afferrare il braccio. “Guarda laggiù, guarda la stella che cosa è diventata in pochi attimi. La vita è sorprendente, non è vero?”

“E' davvero straordinario in aria, papà. Un'ultima cosa, prima di andarmene: ti voglio bene anch'io”.



Un caso di Meningite pneumococcica con polmonite e trombosi venosa

di Raffaele Falsaperla e Alessandro Gulino

Lo pneumococco (*fig. 1*), che risiede comunemente a livello delle vie aeree superiori, è l'agente eziologico di infezioni invasive nel bambino, soprattutto in concomitanza di

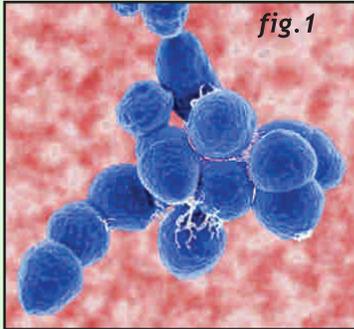


fig. 1

condizioni quali la spiccata aggressività del ceppo batterico, la deficienza di difese immunitarie, l'asplenia congenita o funzionale.

Si descrive il caso del piccolo S.G. di anni due, il quale ci viene trasferito da un ospedale di provincia per febbre, convulsioni e rigidità nucale.

A dire dei genitori il paziente da due giorni presentava tosse, febbre, sonnolenza ed anoressia.

All'ingresso il paziente era febbrile (39°C), presentava rigidità nucale, stato soporoso, tachipnea (50/minuto), tachicardia (130/minuto). All'ascoltazione del torace erano presenti rantoli crepitanti alla regione mediobasale paracardica destra. Gli esami eseguiti in urgenza evidenziavano, leucopenia con spiccata neutrofilia (90%), aumento della PCR (203 mg/dl), aumento del fibri-

nogeno e diminuzione dell'antitrombina III (68%), aumento del D-Dimero (34,27).

Il paziente, idratato con soluzione fisiologica, ha eseguito quindi TAC encefalo ed Rx torace. La TAC escludeva fenomeni emorragici in atto e segni di ipertensione endocranica, la radiografia metteva in evidenza un'area di addensamento parenchimale in sede soprabasale paracardica e parailare destra.

E' stata eseguita puntura lombare, che ha mostrato un liquor opalescente a pressione aumentata; l'esame chimico-fisico dimostrava ipoglicorachia, aumento delle proteine e 700 leucociti per mmc.

E' stato iniziato trattamento con ceftriaxone 100 mg/Kg/die e.v. e vancomicina (40mg/Kg/die in quattro somministrazioni e.v.). La coltura del liquor ha confermato la presenza di colonie di streptococchi pneumoniae.

Il paziente, dopo quattro giorni di terapia, pur presentando un miglioramento clinico, e dei valori ematici di laboratorio, continuava a manifestare febbre e impossibilità a ruotare la testa verso il lato sinistro con pianto e rotazione consensuale della testa e delle spalle alle ma-

novre di rotazione passiva.

La sequenza angiografica della RM encefalo, segnalava "marcata riduzione del segnale di flusso del seno traverso e del golfo della giugulare ed in minor misura del seno sigmoideo dal lato destro, ridotto segnale di flusso anche nel golfo della giugulare sinistra" suggestivi di trombosi venosa dei seni (*fig. 2*).

Iniziata terapia con enoxiparina alla dose di 100 mg/Kg die s.c., per cinque giorni seguiti dal trattamento con aspirina alla dose di 3 mg/Kg per os.

Al quarto giorno di terapia, il paziente aveva ripreso la motilità spontanea normale del capo.

L'esperienza di questo caso ci segnala che anche se il trattamento è tempestivo nei confronti del pneumococco, in corso di meningite, non protegge il bambino dall'insorgenza di complicanze (come la trombosi nel nostro paziente) anche se la somministrazione di eparina a basso peso molecolare ha impedito la progressione della complicanza neurologica.



fig. 2

Il 40% della popolazione europea risulta colpita da malattie mentali e neurologiche e soffre di problemi come depressione, ansia, insonnia o demenza. La nostra pratica quotidiana, volta a fronteggiare i disturbi delle famiglie, ci aveva già fatto intuire che i disordini mentali sono diventati la più grande sfida del 21° secolo, in termini di salute.

Nati per comunicare

Le tecniche di neuroimaging negli ultimi anni hanno dimostrato che il linguaggio sin dai primi mesi di vita attiva una rete bilaterale fronto-temporale, con un predominio dell'emisfero sinistro del cervello. Autorevoli studi sono stati condotti misurando l'attivazione cerebrale in neonati da uno a tre giorni di vita. Ad essi veniva fatta sentire una fiaba in tre diverse condizioni: 1) discorso normale, con adeguata intonazione espressiva; 2) discorso a "labbra chiuse", in cui veniva rimossa l'informazione fonologica delle singole parole, lasciando intatta la prosodia (accenti, ritmo, intonazione) 3) discorso "appiattito", in cui veniva annullata la prosodia.

Le regioni cerebrali appartenenti al sistema del linguaggio negli adulti e nei bambini vengono attivate anche nei neonati. Inoltre, le stesse aree che si attivano intensamente nell'emisfero sinistro con il discorso normale risultano meno attive con il discorso a labbra chiuse, e non si attivano affatto nel discorso "appiattito". Ciò suggerisce che i neonati elaborino prevalentemente informazioni fonologiche, relative al suono e alla prosodia. C'è una differenza nella rete neurale: ci sono infatti forti connessioni solo tra i due emisferi cerebrali, a differenza degli adulti, nei quali le connessioni sono soprattutto interemisferiche sinistre.

Da alcuni anni era già stata dimostrata la presenza di una specializzazione cerebrale nei neonati anche per la musica.

Uno studio della Georgetown University afferma che il nostro cervello memorizza le parole, soprattutto associandole alle immagini che esse rappresentano. Questa acquisizione apre nuovi scenari nel campo delle dislessie.

Nei primi 4 anni di vita si raggiunge il picco delle connessioni fra tutti i tipi di neuroni, il cui numero supera quello del cervello adulto. Dai 4 anni in poi le connessioni di tutti i tipi cominciano a diminuire e si mantengono solo le sinapsi più importanti. Viene pertanto, ancora una volta, confermata la validità di programmi, quali: "nati per leggere", e "nati per la musica".

Da tutti questi studi dovrebbe inoltre derivare uno stimolo a rivedere l'organizzazione del percorso scolastico, qualificando meglio gli anni di asilo, e magari anticipando l'ingresso alla scuola elementare.

Disturbi di tipo dissociativo

Studi condotti all'Università di San Diego, negli USA, hanno dimostrato che bambini affetti da

autismo hanno il 67% di neuroni in più nella corteccia prefrontale, rispetto ai controlli. In particolare, la differenza sale al 67% nella parte dorso-laterale, mentre corrisponde al 29% nella zona mediale. La corteccia prefrontale è coinvolta in funzionalità complesse, come lo sviluppo cognitivo, nonché in meccanismi come la decisione, la pianificazione e l'adattamento a nuove situazioni. Anche il peso complessivo del cervello ha mostrato una differenza del 17,6% in più, rispetto alle medie considerate normali per soggetti di pari età.

Nel sito dell'Istituto Superiore di Sanità sono disponibili le nuove Linee Guida Nazionali per il trattamento dei disturbi dello spettro autistico, nei bambini e negli adolescenti.

- In un gruppo di giovanissimi con familiarità per schizofrenia, ma con performance nella norma, sono state dimostrate, mediante Studi di Rmn funzionale, risposte inferiori alla norma a livello fronto-striatale. Ciò potrebbe rappresentare un marker di diatesi schizofrenica e al tempo stesso correlarsi agli effetti neurobiologici della psicosi stessa sull'assetto funzionale cerebrale.

Varie

- Le "blue mothers" proiettano ansia e depressione sul figlio, soprattutto durante il primo anno di vita. Anche il sistema dei "neuroni specchio" contribuisce ad indurre nel figlio: agitazione, disturbi digestivi e soprattutto coliche addominali, turbe del sonno, ecc. La depressione post-partum finisce quindi per essere fronteggiata soprattutto dai pediatri, che devono riuscire a realizzare attività continue di counseling con madri realmente "difficili".

- Tutti noi ci rendiamo di come sia difficoltoso seguire una dieta. Come sempre, la chiave di tutto risiede nel cervello. Secondo autorevoli studi, la fame induce i neuroni a divorare pezzi di se stessi. Questo auto-cannibalismo, meglio denominato come autofagia, riaccende l'interruttore della fame, soprattutto a livello dell'ipotalamo. Tale fenomeno risulta particolarmente attivo nell'età evolutiva. Con ogni probabilità, se si riuscisse a bloccare tale fenomeno, avremmo un'arma potente nel contrasto all'obesità epidemica. Invece l'assunzione di cioccolato e cibi grassi, che sono stati anche indicati come "comfort foods", risulta in grado di attenuare le risposte delle cellule nervose alle emozioni caratterizzate da tristezza. Ovviamente, quantità non frugali contribuiscono a determinare obesità.

- Il disturbo d'ansia cronica generalizzato interessa almeno il 2-3% della popolazione. Studi con Risonanza magnetica hanno evidenziato alterazioni della connettività della sostanza bianca nelle regioni posteriori- parietali e nel corpo calloso dell'emisfero destro. Si tratta di un difetto di comunicazione tra regioni deputate all'elaborazione di stimoli sociali ed emotivi.

Massaggio infantile: quando il tatto diventa contatto

di Dora Messina

La sensibilità tattile è uno dei primi mezzi che il bambino ha per conoscere il mondo, ed è un veicolo privilegiato per entrare in contatto con se stesso e il mondo che lo circonda. Il massaggio infantile si pone come strumento per promuovere proprio questo contatto all'insegna del tocco dell'amore e della salute. È una pratica semplice ma allo stesso tempo complessa, e racchiuderne in poco spazio la conoscenza e la valenza è ardua impresa, ma cercheremo di fare del nostro meglio. Iniziamo intanto con lo specificare che cos'è il massaggio infantile.

Il massaggio infantile è una pratica molto antica che trae le sue origini dalla tradizione indiana (in cui le madri trascorrono molto tempo massaggiando i loro bambini con oli vegetali tenendoli adagiati sulle loro gambe), ma anche da altri popoli si hanno conoscenze riguardo all'uso di questa pratica. La sequenza, definita da **Vimala McClure** (fondatrice insieme a **Audrey Downes** dell'IAIM, associazione internazionale massaggio infantile), attinge dal massaggio indiano, dal massaggio svedese, dalla riflessologia plantare e dallo yoga. Obiettivo dell'IAIMI è "incoraggiare il contatto e i rapporti umani durante il periodo di crescita del bambino, promuovere ricerche e corsi di preparazione e di istruzione in modo che i genitori, operatori della prima infanzia e bambini siano amati, valorizzati e rispettati dalla Comunità Mondiale". I benefici del massaggio sono molteplici. Tra questi quello di: favorire uno stato di benessere e rilassamento nel bambino; aiutare il bambino a dare sollievo a tensioni provocate da situazioni nuove, stress e malesseri; essere di aiuto nei disturbi del ritmo sonno-veglia; stimolare, fortificare e regolarizzare il sistema circolatorio, respiratorio, muscolare, immunitario e gastrointestinale; favorire il bonding e il legame di attaccamento rafforzando la relazione genitore-bambino. Il programma proposto dall'IAIM è un programma trans culturale, semplice, per nulla pericoloso o invasivo, e adeguato al ritmo di ciascuno. Oggi, grazie alla sua divulgazione (l'AIMI in Italia), possiamo definire



il massaggio infantile *un'antica e nuova disciplina* che negli ultimi trent'anni si sta diffondendo sempre più nel mondo occidentale grazie anche alle numerose ricerche scientifiche che ne hanno confermato, e continuano a confermarne, importanza e benefici. Cito alcune ricerche scientifiche sviluppate negli anni, alcune sono oramai storiche, si pensi a **Harry Harlow** (1958) e al suo esperimento sulle scimmie Rhesus; o **John Bowlby** con la *teoria dell'attaccamento*; fra le più recenti: **Tiffany Field** le cui ricerche confermano come il massaggio favorisca la produzione di endorfine, naturali soppressori del dolore; **Field e Shanberg** i quali *provarono che la terapia del massaggio nei bambini prematuri aumenta il tono vagale ed è associata con il 62% di aumento nel rilascio di insulina, ormone responsabile dell'assimilazione del cibo*; e ancora **Lamberto Maffei** responsabile della ricerca tutta italiana sul massaggio infantile pubblicata nella rivista scientifica "e" nel 2009 che rivela *l'effettivo beneficio della "massage therapy" in quanto promuove lo sviluppo*



cerebrale e in particolare stimola la maturazione del sistema visivo. Tutte queste ricerche, ed altre, sono a conferma e sostegno che i benefici del massaggio favoriscono tutte quelle sfere cruciali nella crescita del bambino, ossia la sfera cognitiva, affettiva e sociale. Ma non finisce qui perché i benefici si estendono anche alla famiglia e nel complesso all'intera società.

Fatta questa brevissima esposizione sul massaggio infantile un quesito sorge spontaneo: se massaggiare il proprio bambino sin dalle prime settimane di vita fa bene sia al bimbo/a che alla mamma e al papà, se si è scoperto che i vantaggi non riguardano solo il benessere fisico ma anche un migliore sviluppo cerebrale, se le ricerche vanno a sostegno della conclusione a cui giunse l'antropologo e anatomista **Ashley Montagu** nel 1970, che dopo lunghe ricerche e osservazioni, affermò che < la pelle è un veicolo di comunicazione potente che riflette non soltanto lo stato della nostra salute fisica e mentale ma contribuisce a migliorarla > perché non massaggiare il proprio bambino? Credo che sia giunto il tempo per noi occidentali di superare l'ormai sedimentato retaggio culturale di natura cartesiana, e promuovere, ai fini di un sano sviluppo individuale e sociale, un tatto in grado di diventare contatto! Il contatto è un elemento fondamentale per l'uomo tanto quanto il sonno e il cibo, per sentirsi parte integrante del suo ambiente, avvicinarsi più a se stesso e ad un contatto più fiducioso con i suoi simili.

PER RENDERCI LA VITA PIU' FACILE...

ho pensato che di questi tempi, certamente non facili per nessuno, poteva essere gradita "ai nostri quattro lettori" la pubblicazione di qualche schema che supportasse velocemente le nostre scelte. Pertanto, a meno di più pressanti esigenze indotte dall' "ambiente" sanitario, Vi proporrò dei supporti che spero siano interessanti.

Cominciamo con l':

ANCHILOGLOSSIA

L'anchiloglossia (comunemente nota come frenulo corto) si riscontra circa il 2%-5% dei bambini. Studi epidemiologici hanno individuato i potenziali problemi clinici ad essa connessi, dimostrando una minore durata dell'allattamento al seno nei bambini con questa disfunzione. Ecco uno schema che può aiutare a stabilire se e quando intervenire chirurgicamente:



Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function

MORFOLOGIA	FUNZIONE
Aspetto della lingua quando è alzata 2: Tonda o quadrata 1: Lieve fenditura in punta 0: Cuore-o a forma di V	Capacità di lateralizzazione 2: Completa 1: Corpo della lingua ma non la punta 0: Nessuno
Elasticità del frenulo 2: Molto elastico 1: Moderatamente elastico 0: Poca elasticità o nessuna	Risalita della lingua 2: Punta a metà bocca 1: I bordi solo a metà bocca 0: Punta che rimane sulla bassa cresta alveolare o sale a metà bocca solo con la chiusura della mandibola
Lunghezza del frenulo quando la lingua è sollevata 2: > 1 cm 1: 1 cm 0: <1 cm	Estensione della lingua 2: Punta su labbro inferiore 1: Punta sulla bassa gengiva 0: Nessuna cresta né sopra, né anteriore o a metà-lingua
Attaccamento di frenulo linguale lingua 2: Posteriore alla punta 1: A punta 0: Punta con intaglio	Allargamento della lingua anteriore 2: Completo 1: Moderata o parziale 0: Poco o nessuno
Attaccamento del frenulo linguale inferiore alla cresta alveolare 2: Attaccato pavimento della bocca o ben al di sotto della cresta 1: Attaccato appena sotto la cresta 0: Attaccata alla cresta	Coppettazione 2: Risale l'intero bordo. Aspetto a coppa 1: Risalgono solo i bordi laterali, a forma di piccola tazza 0: Scarsa o nessuna forma di tazza
	Peristalsi 2: Completa, anteriore a posteriore 1: Parziale, comincia posteriormente alla punta 0: Nessuna o fa retromarcia
	Schiocco 2: Nessuno 1: Periodico 0: Frequente o con ogni succhiare

L'anchiloglossia è da considerarsi significativa quando il punteggio totale della morfologia è 8 o meno e/o il punteggio totale della funzionalità è 11 o meno.

<http://pediatrics.aappublications.org/content/110/5/e63/T1.expansion>



INCONTRI PAIDOS 2012

Sabato 21 gennaio: Cosa fare se il sintomo non passa?

Sabato 18 febbraio: E' una diagnosi "di laboratorio"?

Sabato 17 marzo: E' infezione?

Sabato 21 aprile: Che macchie sono?

Sabato 20 ottobre: Perché il bambino non comunica?

Sabato 17 novembre: Tra mitologia e scienza

Gli incontri si terranno tutti presso la sala congressi del P.O. di Acireale.

N.B.: Le date e gli argomenti degli eventi possono subire variazioni verificabili sul sito della Paidos al seguente indirizzo:

**<http://www.paidosct.com>
info: segreteriapaidos@libero.it**

