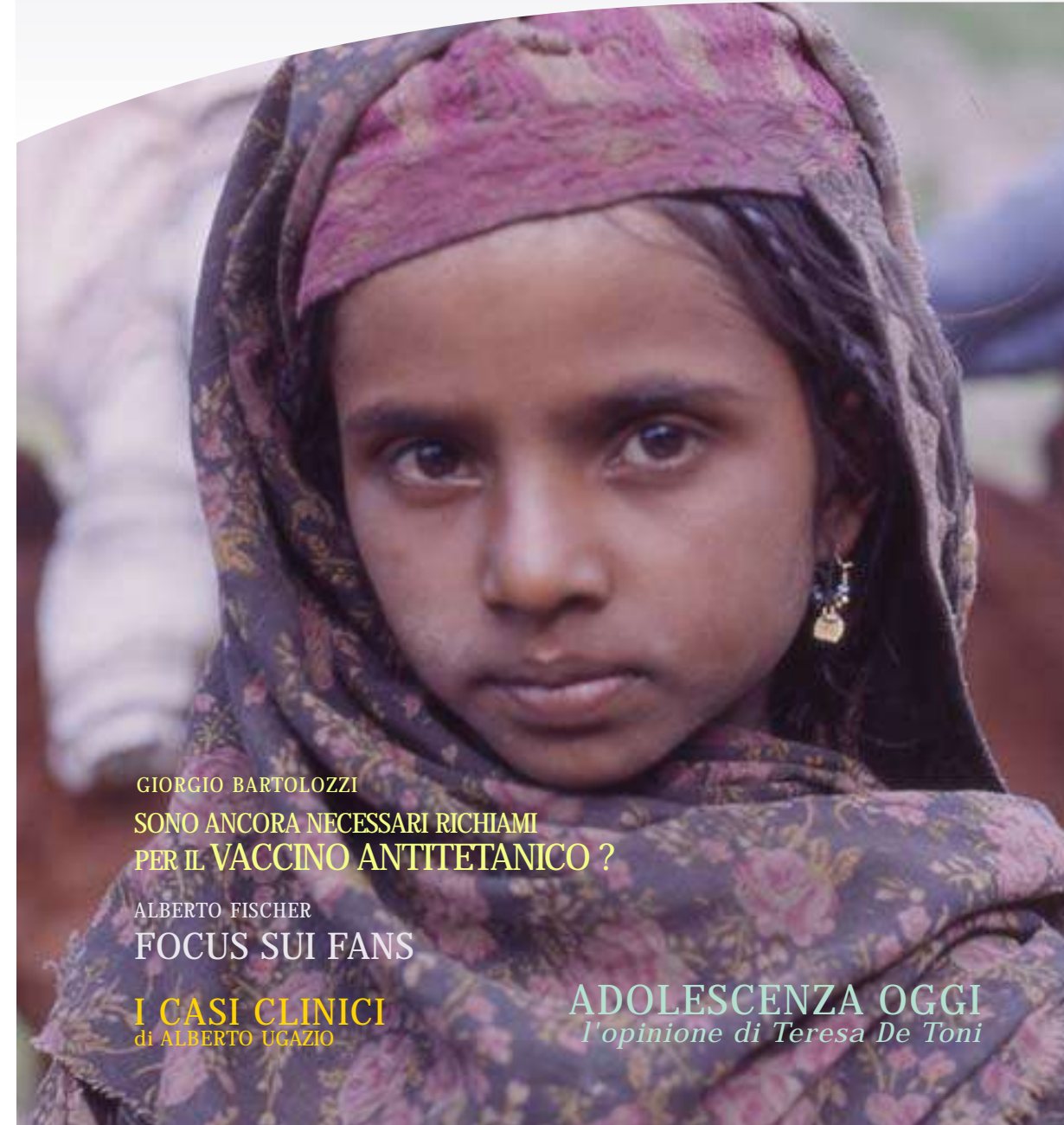


note di cultura per il pediatra

a.c.p.

# Paiδòs

Anno 3 N. 1 - Gennaio - Marzo 2002

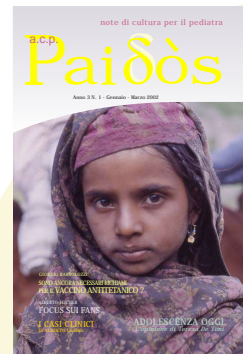


GIORGIO BARTOLOZZI  
SONO ANCORA NECESSARI RICHIAMI  
PER IL VACCINO ANTITETANICO ?

ALBERTO FISCHER  
FOCUS SUI FANS

**I CASI CLINICI**  
di ALBERTO UGAZIO

**ADOLESCENZA OGGI**  
*l'opinione di Teresa De Toni*



**Direttore responsabile**  
Francesco La Magna

**Direttore**  
Alberto Fischer

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

**Responsabile di redazione**  
Antonino Gulino

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

**Collaboratori**  
Maria Rita Allegra  
Angelo Fazio  
Daniela Ginex  
Gino Miano  
Angelo Milazzo  
Antonio Russo

**Segreteria e Grafica**  
A. S. C. Europromo  
di Marilisa Fiorino  
Tel 095 477421  
Fax 095 472387  
redazione.paidos@tiscalinet.it

Stampa  
Litografia  
LA ROCCA  
Giarre (CT)

*Questo periodico è distribuito gratuitamente ai pediatri*

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

## EDITORIALE

# ACP - Paidòs, c'è!!

di ALBERTO FISCHER

E così siamo già al 5° numero di questo affascinante gioco, di questa periodica scommessa, di questo neonato che necessita sempre di esser coccolato, curato, amato e sorretto nel suo faticoso deambulare. E' una nostra creazione, un modo per parlare con gli altri o forse con noi stessi. Bei nomi fanno da cornice al nostro ragionare, qualche volta sgrammaticato.

**Bartolozzi, Ugazio, De Toni, Rizzoni**, ci considerano e in questo considerarci ci sentiamo gratificati e desiderosi di andare avanti con questo pigmeo metà scientifico e metà ludico. Ma ci permette di confrontarci, di formarci, di riunirci, di esprimerci a misteriose platee.

Eravamo pigmei quando gli altri si credevano watussi della scienza e della dialettica aulica e continuavano ad interpretare nei loro teatrini la parte del primattore o della primadonna.

Ora il nostro terra/terra! è stato compreso e ci invitano al loro tavolo pur non rinunciando a privilegi cromosomici. Non chiedetemi perché diamo spazio a medicina complementare o alternativa. Forse per far cultura o forse perché i confini tra scienza e non scienza non sono così tanto demarcati. Oggi si torna al pragmatismo liberale e muta la scuola, muta la sanità, muta anche la nazione e la repubblica anziché sul lavoro si fonda sull'azienda.

Ma noi siamo ancora qui, pionieri o esperti navigatori (di internet) all'inizio dell'era dell'euro e della eliminazione dell'art. 18 consapevoli che tutto muta o forse noi stessi siamo diventati mutanti e alieni.

E mentre una parte di mondo si diletta col dualismo guerra-terrorismo, un'altra parte si diletta a sparare spermatozoi oltreoceano, eticamente protetti, o a rispolverare il termine biologico per una umanità a cui di biologico rimane solo la fine.

## SOMMARIO

- 3 Editoriale
- 6 Fans: Un pugno in pancia
- 8 I casi clinici di Alberto Ugazio
- 9 Febbre ed etica
- 11 Hygiene Hypotesis
- 12 Adolescenza oggi

## RUBRICHE

- 4 La rubrica di Giorgio Bartolozzi
- 14 Un pediatra al cinema
- 14 L'angolo della poesia
- 15 La posta di Albertino
- 16 Emergenze

## A PROPOSITO DI...

- 17 Parla nostro figlio
- 18 Il bambino onnipotente

## PILLOLE DI... ENDOCRINOLOGIA

- 19 Telarca prematuro

## ULTIMISSIME

- 21 Il pediatra sperimentatore
- 10 I siti di Mazzola

## NEWS DALLA RETE

- 22 Cortisonici inalatori e cortisolemia

Copertina  
bimba pakistana  
(foto di Gino Miano)

*Non sembra che possano esistere ombre su una vaccinazione tanto sperimentata e le idee sono tanto chiare che è concessa solo qualche deviazione dalle regole.*

di **GIORGIO BARTOLOZZI**

Il regolamento sulle modalità di esecuzione delle rivaccinazioni antitetaniche è stato di recente codificato nel decreto del Presidente della Repubblica del 7 novembre 2001, uscito

DTPa all'età di 5-6 anni, cioè prima dell'ingresso a scuola.

Questa dose era già prevista nel DM del 7 aprile 1999: tuttavia alcuni non ritenevano che quel calendario vaccina-

vaccinazioni in obbligatorie e raccomandate, a mio parere, non ha più ragione di essere, sulla base delle conoscenze internazionali, ritengo, come ho sempre ritenuto, che il richiamo DTPa

## Sono ancora necessari i richiami per il Vaccino Antitetanico?

sulla Gazzetta Ufficiale n.7 del 9 gennaio 2002. Per il **richiamo del tetano** da anni è prevista una quarta dose di

le avesse forza di una legge e qualcuno ne metteva in dubbio la legittimità. A parte che la suddivisione delle

a 5-6 anni rappresenti un punto essenziale, ineliminabile nella lotta contro il tetano, difterite e pertosse.

Il Decreto citato stabilisce inoltre che successivamente vanno eseguiti richiami contro il tetano con un ritmo di uno ogni 10 anni. Il primo di questi viene eseguito all'età di 12 anni, cioè con un anticipo di 2-3 anni, in confronto alla regola sopra riportata, per facilità di somministrazione, al fine di utilizzare con un doppio scopo, l'appuntamento che l'adolescente ha con i servizi di vaccinazione per l'esecuzione della vaccinazione contro l'epatite B. Anche in USA viene seguito questo criterio, per ragioni di praticità.

Accanto a queste regole generali, che oggi, in Italia, sono sancite da un Decreto, vi sono alcune deviazioni che ritengono superflue dosi di richiamo ogni 10 anni e che suggeriscono di usare per le dosi di richiamo intervalli superiori o con una somministrazione unica all'età più diverse: oltre i 40 anni, oltre i 50 anni o, come è stato suggerito di recente, oltre i 65 anni.

Si riconducono tali sacche di opinioni ad alcuni lavori apparsi nel '83 (Band), nel '92 (Crone) e nel '97 (Pryor) le cui interpretazioni realizzavano due assiomi:

a) i casi di tetano evitati eseguendo i richiami sono "eccezionali". Non vi è infatti una sostanziale evidenza epidemiologica che effettuare richiami aumenti in modo apprezzabile l'altissima efficacia della vaccinazione di base; b) i pochissimi casi di tetano che insorgono in soggetti vaccinati sono di lieve entità e non mortali. A tal fine i sostenitori di tale tesi riportano come il tetano conclamato in soggetti vaccinati è estremamente raro e stimato di 4 casi su 100 milioni di vaccinati immunocompetenti.

La pubblicazione del decreto del 7 novembre 2001 giunge quindi quanto mai opportuna, perché sancisce una prassi ormai consolidata nel nostro Paese ed in altri ad alto livello di civiltà sanitaria. So che esistono altre nazioni europee che hanno limitato il numero di richiami del vaccino contro il tetano, ma so anche che la malattia colpisce soggetti che hanno ricevuto la vaccinazione primaria in modo completo e che non hanno continuato coi ri-



chiami. Non penso che l'ideazione, la scrittura e la pubblicazione del Decreto siano causali. Si voleva dire una parola, per ora definitiva, sull'argomento, secondo criteri accettabilissimi da tutti sia sul piano pratico che su quello culturale.

### PAIDÒS INFORMA

Il 14 dicembre 2001 si è svolta a Cefalù l'elezione del nuovo direttivo della SIP regionale. Presidente all'unanimità è stato eletto il Prof. **Lorenzo Pavone**, direttore della Clinica Pediatrica di Catania. Il direttivo risulta così composto: Prof. **Lorenzo Pavone** (Presidente), Prof. **Giovanni Corsello** (Vicepresidente), Dott. **Alberto Fischer** (Segretario-Tesoriere), Dott. **Domenico Agnello** (Consigliere), Dott. **Vito Cucinella** (Consigliere), Dott. **Gaetano Oddo Fortunato** (Consigliere), Dott. **Francesco Traina** (Consigliere), Dott. **Gaetano Bottaro** (membro cooptato).

Nel corso della prima riunione si è stabilito di rendere l'attività della SIP più incisiva nei confronti dell'Assessorato alla Sanità in relazione ai programmi statutarî e in relazione ai progetti di formazione. Si è anche deliberato di rivitalizzare il Registro delle Malformazioni Congenite, attualmente gestito dall'ASMAC e cercare di renderlo più operativo.

Il prof. Pavone ha anche sollecitato come attività prioritaria un censimento dei pediatri siciliani e una attività promozionale per le iscrizioni SIP.

Il Congresso Regionale si svolgerà a Trapani nei giorni 11-12-13 ottobre 2002 e sarà organizzato dalla prof.ssa Bonanno Iris, Presidente della SIN regionale.



### CALENDARIO "INCONTRI 2002" ACP-PAIDOS O.N.L.U.S

23 Marzo:  
Le infezioni oggi

20 Aprile:  
Paralleli tra clinica e diagnostica per immagini

18 Maggio:  
Il pediatra neurologo

5 Ottobre:  
Note di reumatologia pediatrica

Sede corsi formativi:  
Aula Conferenze PO Acireale  
Presidenti:  
prof. G. Schilirò e prof. L. Pavone  
Direttore Scientifico:  
prof. G. Bartolozzi

A.C.P. - PAIDOS O.N.L.U.S.  
Via Palmanova 1  
95129 Catania  
Tel. 094 477421 Fax 095 472387

Segreteria Organizzativa  
A.S.C. Europromo  
Tel. 095 347 7792521 - Fax 095 472387



## Cosa sono i FANS?

Sono molecole che si legano alle ciclossigenasi inibendole ed interrompendo in questo modo la via che dall'ac. arachidonico porta alla formazione delle prostaglandine, ultimo anello del processo flogistico che viene iniziato da batteri, virus, chinine, immunocomplessi ecc. Le specialità farmaceutiche sono numerose e le aziende farmaceutiche ricercano sempre nuove molecole con l'obiettivo di ridurre gli effetti collaterali di questi farmaci e potenziarne l'attività antiflogistica. Le molecole base tuttavia sono poche e possono esser divise in due grossi gruppi: il gruppo dei non acidi, di cui fa parte il paracetamolo, ed il gruppo degli acidi di cui il farmaco più importante e conosciuto è l'aspirina, ma che annovera tra i tanti l'ibuprofene, il piroxicam, il naprossene, il diclofenac, il flubiprofene, l'ac. niflumico e derivati, l'indometacina e la nimesulide.

## Quando è indicato il loro uso in pediatria?

Solo alcuni dei farmaci citati hanno ottenuto l'approvazione da parte del FDA americano per il loro uso in pediatria dopo un'accurata analisi dei numerosi studi clinici condotti nel corso degli anni. Questi farmaci sono l'aspirina, il paracetamolo e l'ibuprofene. Per quanto riguarda tutti gli altri, anche se vi sono in commercio preparati con l'indicazione "mite" o "pediatrico", non vi sono in letteratura studi clinici che ne giustifichino l'uso in campo pediatrico. Benchè tali farmaci vengono utilizzati soli o in associazione ad ad antibiotici per tutta una serie di patologie e false indicazioni (co-



# FANS: un pugno in pancia

di ALBERTO FISCHER

**Rappresentano per i medici la seconda famiglia di farmaci più prescritti e più assunti, rifugio di un'umanità sofferente. Ma troppe sono le insidie e poche le indicazioni**

me le infezioni delle vie aeree) le indicazioni sono fondamentalmente due: il dolore lieve o moderato (prima scelta in oncologia) e le osteoartriti. Il paracetamolo, l'unico dei tre citati che non ha alcun effetto citopatico a carico della mucosa gastrica, non ha alcun effetto antinfiammatorio, poiché è un debole inibitore della ciclossigenasi in presenza di perossidi. Esso ha un buon effetto antipiretico e analgesico, per inibizione dei recettori nocicettivi.

## Quali sono gli effetti collaterali?

Per comprendere meglio la natura degli effetti collaterali dei FANS bisogna ricordare per un attimo le azioni delle prostaglandine, ovvero di quegli eicosanoidi la cui produzione viene bloccata dalla inibizione delle ciclossigenasi operata dai FANS (tra pa-

rentesi in corsivo l'effetto collaterale prodotto dall'antinfiammatorio). A carico del sistema cardio-circolatorio le PGE2 sono potenti vasodilatatori e quindi riducono la pressione e aumentano la gittata cardiaca (*ipertensione*). Il TXA2 è un potente induttore dell'aggregazione piastrinica e viene inibito in maniera irreversibile da basse dosi di aspirina (*emorragie viscerali*). Tuttavia la PGI, prostaciclina, ha attività inibitrice l'aggregazione piastrinica per cui alte dosi di aspirina bloccando anche la prostaciclina controbilancerebbero l'azione antiaggregante piastrinica. A livello della muscolatura liscia bronchiale le PGE determinano un rilassamento (*broncocostrizione*).

V'è anche da ricordare che in molti soggetti l'uso di aspirina è in grado di determinare marcata broncocostrizione (asma da aspirina) perché il blocco della ciclossigenasi farebbe aumentare il substrato, l'ac. arachidonico, con incremento della lipossigenasi e maggiore produzione di leucotrieni che hanno un effetto broncocostrittore.

A livello della mucosa gastrica le PGE e le PGI inibiscono la secrezione gastrica acida stimolata dal cibo, incrementando la secrezione mucosa.

Il loro effetto citoprotettivo è costantemente inibito dai fans (*gastrite, sanguinamento ed emorragie, ulcere, perforazione*) A livello renale le PGE e PGI2 aumentano il flusso ematico renale, stimolano la diuresi, la natriuresi e la kaliuresi (*riduzione della filtrazione glomerulare, ipertensione, necrosi papillare, insufficienza renale*).

Le PGI2, PGE2 e PGD2 stimolano la secrezione di renina.

Un effetto collaterale, spesso misconosciuto, è il danno epatico che si estrinseca nella maggior parte dei casi con *ipertransaminasemia*.

## C'è ancora spazio per l'aspirina?

Il suo uso in campo pediatrico si è molto ristretto dopo le osservazioni di una sua correlazione con la s. di Reye. E che questa correlazione avesse le caratteristiche di causalità lo dimostra il fatto di una marcata riduzione annua dei casi di Reye dopo l'obbligo di inserire tra le note tecniche il divieto di somministrare ASA in bambini con influenza o varicella. Gli effetti collaterali, comuni a quelli degli altri FANS, vengono potenziati nei casi in cui si associa in terapia un altro FANS.

Oggi tuttavia rimane il farmaco di primo impiego nei casi di artrite idiopatica giovanile, o di patologie osteoarticolari nell'ambito della reumatologia pediatrica. In caso di assenza di risposta si sono tentati fans a potenza antinfiammatoria maggiore, come il diclofenac e l'indometacina, con le dovute attenzioni agli effetti collaterali e all'età del bambino.

Come antinfiammatorio l'ac. acetilsalicilico viene utilizzato alla dose di 60-100 mg/kg/die, avendo cura di monitorare però la salicemia,

### A quali precauzioni si deve prestare attenzione nel prescrivere un FANS in età pediatrica?

1. Non associare mai due FANS
2. Cautela nell'uso di aspirina o FANS nei bambini asmatici
3. Attenersi ai dosaggi corretti
4. Se si è avuta qualche reazione indesiderata con un FANS, cautela anche nell'uso di altri FANS
5. Attenzione ai pazienti con piastronopenie o con sindromi emorragiche
6. Quando è necessaria una terapia lunga monitorare le transaminasi
7. Nei soggetti carenti di G6PD consentito come antipiretico solo il paracetamolo
8. Preferire il paracetamolo come antidolorifico

per evitare gli effetti dell'intossicazione acuta e cronica, che coinvolge vari apparati come il SNC, la respirazione, il rene, il fegato e l'equilibrio acido/base. I primi segni clinici di queste turbe sono rappresentate da tinnito, confusione mentale, vertigine. Il disaccoppiamento della fosforilazione ossidativa porta prima all'alcalosi e successivamente all'acidosi, situazioni che se non bloccate tempestivamente portano al coma anche per la compartecipazione al danno degli altri organi.

A causa del blocco irreversibile della ciclossigenasi l'ac. salicilico si è rilevato un potente inibitore dell'aggregazione piastrinica, e questo alle dosi di 40 mg/die tanto da essere utilizzato nell'adulto nella prevenzione della trombosi nel danno coronarico e nei bambini affetti da trombofilia o nella malattia di Kawasaki.

## Perché il paracetamolo è il farmaco di elezione nella terapia antipiretica del bambino?

L'N-acetil-paraminofenolo ha minori effetti gastrici per una minore azione sulla produzione di prostaglandine. E' un buon antipiretico, per azione centrale, ma non agisce come antinfiammatorio poiché è un debole inibitore delle ciclossigenasi in presenza di alte concentrazioni di perossidi. Inoltre



non inibisce l'attivazione dei neutrofili, come fanno gli altri FANS. Ha una buona azione analgesica per effetto sui recettori nocicettivi, tanto da esser usato in pediatria per il dolore da lieve a moderato, anche in campo oncologico.

Tuttavia concentrazioni ematiche elevate determinano una deplezione di glutazione epatico e quindi necrosi epatica. E' stato calcolato che una quantità di 20 gr è letale per un adulto. In caso di intossicazioni accidentali l'antidoto è la n-acetilcisteina alla dose di 140 mg/kg ev. dosaggio ottimale nel bambino è di 40 mg/die in 4 somministrazioni. Può esser dato anche a soggetti con carenza di G6PD.

Poche per la verità. Diversi anni fa fu identificata una isomorfa della ciclossigenasi, definita come ciclossigenasi 2 (COX2). Questo enzima, normalmente povero nelle cellule, aumenta notevolmente durante i processi infiammatori, correlando anche con l'intensità del processo flogistico, senza dimostrare alcun

## Quali alternative oggi ai FANS tradizionali?

effetto protettivo tipico della ciclossigenasi classica, definita come COX1.

L'industria ha individuato alcune molecole farmacologiche che hanno una capacità inibitoria selettiva nei confronti delle sole COX2. In commercio oggi già ci sono il celecoxib (*Celebrex*), il rofecoxib (*Vioxx*), il Meloxicam. Tuttavia non sono stati sperimentati in epoca pediatrica e i risultati degli studi clinici in atto non sempre sono stati soddisfacenti.

Nelle artriti idiopatiche o no dell'età pediatrica sono state tentate nuove molecole i cui studi clinici si dimostrano promettenti: il metotrexate in associazione a fans, recettori solubili del TNF (*etanercept*), anticorpi contro il TNFalfa (*Infliximab*), inibitori delle pirimidine (*Leflunimide*) o vecchi farmaci come il caso della talidomide nell'IBD.

J

**Il prof. Ugazio descrive due casi paradigmatici per suggerire come un ripetersi di particolari infezioni può celare un deficit immunologico. E' la relazione che ha tenuto nel recente corso di formazione organizzato da ACP-Paidos ad Acireale il 23 febbraio scorso.**

# I casi clinici

di ALBERTO UGAZIO

## IL DEFICIT IMMUNOLOGICO DIETRO L'ANGOLO

**Sebastiano C., nato il 12/11/98,** a due mesi viene ricoverato per un'otite media febbrile e dimesso guarito dopo quattro giorni. All'età di 11 mesi viene ricoverato nuovamente per convulsioni febbrili. La PL rivela meningite a liquor torbido con pleiocitosi ed iperproteinorachia. L'esame colturale è negativo. Viene dimesso in eccellenti condizioni dopo 14 giorni di terapia antibiotica. All'età di 2 anni e sei mesi il piccolo viene ricoverato nuovamente per febbre elevata e vomito ripetuto. Un'emocoltura evidenzia la presenza di *Neisseria meningitidis*. Dopo una terapia di sette giorni con penicillina G sodica, Sebastiano viene dimesso guarito. La precocità e la frequenza degli episodi infettivi induce ad esegui-

re delle indagini immunologiche. Innanzitutto un'ecografia addominale per constatare la presenza della milza. Infatti l'asplenia, congenita o acquisita è una delle cause più importanti di risposta im-

### OSSERVAZIONI:

*Sottolineare come un bambino di età inferiore di 12 mesi, che presenta convulsioni semplici febbrili deve essere sottoposto a PL, come indicato dalle linee guida di AAP. La sola determinazione del CH50 permette di dare più informazioni delle sottopopolazioni linfocitarie, indagine che ha significato solo in pochi e rarissimi casi. Il deficit genetico di una frazione del complemento pre-dispone a malattie infettive, e per alcune frazioni a LES.*

munologica alterata nei confronti soprattutto dei batteri polisaccaridici. In questo caso l'eco addominale evidenzia la presenza di una milza di normali dimensioni ed ecostruttura.

Il CH50 è al 2% (v.n. > 85%). Il CH50 è l'indagine più appropriata per mettere in evidenza un possibile deficit di qualche frazione del sistema complementare. In tal caso il basso valore ha indotto a ricercare le altre componenti del complemento mettendo così in luce un'assenza funzionale del C8 (assenza della catena di C8). Provvedimento di profilassi fondamentale in tal caso è la vaccinazione antimeningococcica (trivalente contro i gruppi A, C, Y e W-135), la quale deve essere ripetuta ogni 5 anni.

## UNA STRANA NEUTROPENIA

L

**Alessandro R., nato il 12/03/97,** a

tre mesi ha un episodio di OMA, guarito dopo sette gg terapia antibiotica. Viene ricoverato a 9 mesi per un episodio di wheezing persistente.

Da allora gli episodi di wheezing si sono ripetuti con cadenza quasi settimanale. A 13 mesi un'OMA con otorrea purulenta e nell'arco dei cinque mesi successivi ben 4 alti episodi di OMA associati a rinorrea purulenta e persistente, mentre non presentavano regressione come frequenza ed intensità gli episodi di wheezing.

Le indagini evidenziano: GR= 4.460.000/mmc; Hb=10,9 g/dl; MCV= 75 fl; PLT=240.000/mmc; GB= 4900/mmc; FL= N 9% - L 79% - M 11% - E 1% La neutropenia è costante in tutti i ricoveri del piccolo.

L'aspirato midollare mette in evidenza: ben rappresentate tutte le linee cellulari. Iperplasia della serie

mieloide con arresto maturativo a livello dello stato promielocitico.

I dati clinici e le indagini suggeriscono la possibilità di una *Malattia di Kostman*, una neutropenia geneticamente determinata, autosomica recessiva, che fino a poco tempo era a prognosi severa. La possibilità di utilizzare i G-CSF ha permesso un miglioramento della prognosi per un effettivo incremento del numero dei neutrofili. Nel caso di Alessandro si può vedere nel riquadro gli effetti della terapia.

*Si definisce grave una neutropenia quando i neutrofili sono < 500 /L, moderata se i N sono tra 500 e 1000/L, e lieve se tra 1000 e 1500/L. La diagnosi di Malattia di Kostman si fa attraverso l'analisi dell'aspirato midollare ed il test all'idrocortisone che deve dare nei soggetti normali valori di 7 volte superiori a quelli di base. Attenzione a non confondere con questa patologia le neutropenie transitorie, post-infettive o iatrogeniche, le forme benigne croniche e la forma ciclica che può essere pericolosa.*

**Ancora oggi, nell'era della tecnologia, l'iperpiressia nasconde lati oscuri e crea problemi diagnostici non sempre risolvibili. In questi casi aiuta ancora la clinica.**

La febbre...questa sconosciuta! anche se sono ben noti i meccanismi che

la causano. La febbre questa condizione limite tra lo stato di coscienza e l'incoscienza, in cui tutto può accadere: allucinazioni, tremori, convulsioni delirio che fanno temere seriamente, ai presenti, per lo stato di salute del malato.

Quella condizione in cui saltano tutti quei meccanismi che la Sostanza Reticolare ha posto perché l'uomo non perda il controllo. Da sempre ha scatenato le paure dell'uomo e da

sempre, a volte, per i grandi pensatori e artisti ha costituito la condizione ideale per la creatività delle loro opere. Anche oggi, nell'era della tecnologia assoluta, dell'evoluzione massima nasconde in sé quel misto di paura e mistero che ci fa chiedere: ma cosa è la febbre?

La febbre è aumento della temperatura corporea superiore ai 38°C secondo la letteratura scientifica europea, 38,5°C secondo quella americana; fra i 37°C ed i 38°C si preferisce parlare di rialzo termico. L'aumento può essere brusco o graduale, che si instaura per una causa chimica, fisica, virale, batterica, tossica, tossinfettiva, tumorale, traumatica da riassorbimento. Un caso a parte è l'Ipertermia Maligna, affezione genetica che interessa il cromosoma 13, autosomica dominante, caratterizzata da un grave quadro di catabolismo muscolare, quando i soggetti predisposti (detti suscettibili) vengono esposti ad alcuni farmaci anestetici e/o miorellassanti che si verifica in caso di anestesia preparatoria per interventi chirurgici.

La temperatura sale oltre i 43°C, i muscoli si irrigidiscono, il battito cardiaco diventa irregolare e la pressione scende. La prognosi, prima infausta nell'85% dei casi, oggi è migliorata con l'uso del Dantrolene sodico che è l'unico antidoto.

La febbre è dovuta alla capacità di alcune cellule (in particolare i macrofagi) di produrre una serie di sostanze, denominate citochine,

"pirogeni endogeni", in risposta ad eventi stressanti (traumi, infiammazioni, neoplasie). Numerosi virus e batteri inducono il rialzo termico attraverso la produzione di sostanze, "pirogeni esogeni" che stimolano la liberazione di citochine da parte delle cellule infiammatorie.

Le principali citochine implicate nel processo febbrile sono: interleuchina 1-alfa, interleuchina 1-beta, interleuchina-6, interferone alfa, interferone beta, interferone gamma, interleuchina -11, tnf-alfa.

### TIPOLOGIA DELLA FEBBRE

- 1) Febbre intermittente
- 2) Febbre remittente:
- 3) Febbre continua:
- 4) Febbre ondulante: Tipica della Brucellosi, ahime! ancora molto presente in Sicilia.

La tipologia della febbre con le curve termiche, con l'uso di antipiretici e antibiotici, nonché con le indagini cliniche e radiologiche che forniscono un'indagine diagnostica sicura, è diventata una reminiscenza storica. Però vi sono dei casi, esempio lampante da noi la

Brucellosi, in cui le indagini non forniscono certezza dell'avvenuta infezione. In questi casi il "fiuto clinico" e la tipologia della febbre ci aiutano tanto.

## FEBBRE ED ETICA

di SALVATORE PIPPO SPITALERI

### BRE SCONOSCIUTA.

Si intende un aumento della temperatura oltre i 38°C, che dura da almeno tre settimane in pazienti in cui l'anamnesi, l'esame clinico, l'esame delle urine e la radiografia del torace non consentono una diagnosi (Sheon, Van Ommen). Questi pazienti anche se hanno malattie comuni le manifestano in modo atipico rendendo così difficile la diagnosi.

### LE CAUSE

- 1) Infezioni (tubercolosi, endocardite, infezione vie urinarie, ascesso epatico)
  - 2) Neoplasie (Malattia di Hodgkin, leucemie)
  - 3) Connettiviti (LES, Artrite Reumatoide)
- Farmaci, embolie polmonari, febbri psicogene.

Le cause descritte nei trattati, come dicevo prima, sono multiple, ma può insorgere la febbre per uno spavento? Perché un bimbo ha tagliato i capelli? Perché non vuole andare a Scuola? E perché no? D'altra parte la malattia non esprime altro che il disagio dell'uomo nei confronti della vita che lo circonda. Ognuno sceglie il modo diverso per esprimere questo disagio. Vi siete mai chiesti perché l'adulto ha meno episodi febbrili del bambino? Noi diciamo perché ha un sistema immunitario migliore, già sviluppato.



Ma non sarà perché ha altro cui pensare: ulcera, tumore, calcoli, artrosi, allergie e quindi non è più in grado di sviluppare una forte malattia febbrile?

Ma in caso di Infezione Batterica ha senso dare l'antipiretico ben sapendo che la lisi batterica avviene oltre i 38°?

Ha senso far rivitalizzare i batteri abbassando la temperatura del corpo?

Non rappresenta la febbre un mezzo reattivo messo in campo dalla natura per liberarsi della noxa patogena?

E' etico somministrare l'antipiretico che rivitalizza i batteri? Ma d'altra parte è etico lasciare un bimbo in uno stato di incoscienza e di sofferenza per non darlo?

Credo che la medicina non potrà mai risolvere questi problemi, ancor meno il Pediatra che specie in un periodo influenzale come quello appena trascorso già riceve 2-3 telefonate dalla mamma, significherebbe restare al telefono in "online - non stop".

Quanto la sofferenza ha più diritto della malattia di essere ascoltata? Ma sofferenza e malattia non esprimono lo stesso disagio dell'individuo? E quando, insieme all'antipiretico, va associato l'antibiotico? Sempre dice la mamma apprensiva che "ha paura" e "si preoccupa". Sempre è indotto il Pediatra per non avere problemi. Ma i nodi ritornano sempre al pettine e questi bambini ricadono sempre amma-



lati. Uno studio Immunologico del soggetto, in caso di Episodi Febrili Ricorrenti, andrebbe sempre fatto e, a volte, è bene astenersi dal trattare quando non ci sono veri problemi infettivi gravi e limitare il trattamento a "Pillole di lenzuola e sciroppo di letto" come diceva un vecchio medico

## Il trattamento della febbre

*"La febbre non ammette medicinali purganti, ne il talio della vena come la speranza funestissima in molti ci ha insegnato. I sudoriferi non giovano, ma la febbre e la siccità della lingua richiedono più i refrigeranti, i quali non devono essere mischiati co' sudoriferi.*

*Piglia un'oncia per sorte d'acqua di borragine, e d'acetosa e due dramme per sorta di sugo di aranci forti e di cedro fresco, quanto basta a far una mediocre dolcezza, quindici grani della pietra bezoar orientale, e meschia ogni cosa" (Tratto da "Opera Chirurgica Anatomica" di Paolo Barbetti Venezia 1696)*

condotto ormai scomparso, da cui il malato trarrebbe un indubbio vantaggio senza deprimere, con l'uso di antibiotici, il Sistema Immunitario e ciò specie in periodo influenzale. Buona Guarigione a tutti!



Che la igiene sia diventata una ipotesi e che non sia una realtà e' una constatazione quotidiana (aimè), e che una vita condotta in una igiene approssimativa possa proteggere da allergopatie varie è probabile, e basta fare una indagine adeguata sui sopravvissuti alle infezioni per rendersene conto.

Larga eco ha lasciato nell'ambito accademico uno studio condotto su topi "germ free", quindi allevati e coccolati come solo una madre insulare può fare, e la successiva verifica in questi dolcissimi topini di manifestazioni atopiche che badi ben il lettore, non trattasi di perdita da parte del topo della sua essenza murinica, "un topo detopizzato", ma di qualche starnutino o colpo di tosse tra uno "squitt!" e l'altro o di una manifestazione cutanea non tipica del topo ma topica nel topo.

Ma cosa è questa "Hygiene Hypothesis"? quesito spesso mormorato dagli addetti ai lavori tra gli sbadigli ippopotameschi di orde di congressisti affamati di "sapere" e non solo! Insomma pare che la precoce e cospicua esposizione del bambino alle infezioni possa spostare la risposta immune del medesimo verso il fenotipo Th1 e proteggere dalla insorgenza di allergopatie. Studi su soggetti con sierologia positiva per epatite A, Toxoplasmosi, Helicobacter pilori o morbillo, hanno verificato la scarsa incidenza di allergopatie in quei soggetti.

E' stato anche dimostrato una forte correlazione inversa tra presenza di IgE sieriche verso i più comuni allergeni ambientali e numero di fratelli in 11371 reclute italiane (immaginate gli starnuti tra questa coorte studiata!).

Indubbiamente il neonato si trova per sua natura e per non subire un rigetto in periodo fetale, nella condizione di risposta linfocitaria di tipo Th2. La conversione verso un pattern

citochinico di fase Th1 si completa più o meno lentamente entro il 5° anno di vita. Le infezioni e prevalentemente quelle batteriche accelererebbero questa conversione.

Anche la colonizzazione batterica sarebbe influente: la somministrazione ripetuta di antibiotici farebbe virare la microflora intestinale da una presenza prevalente di lactobacilli ed altri enterobatteri, alla presenza di clostridi e stafilococchi, germi anaerobi in grado di influenzare la insorgenza di allergopatie. Esistono argomentazioni altrettanto valide dei detrattori della "Hygiene hypothesis". Altri autori hanno verificato che esiste una correlazione tra infezione e allergia, in quanto le infezioni inducono una risposta infiammatoria che modifica la risposta immunitaria locale, pare inoltre che agenti infettivi possano agire da adiuvanti o comportarsi come allergeni e possano aggravare quadri clinici scatenati da pollini e similia.

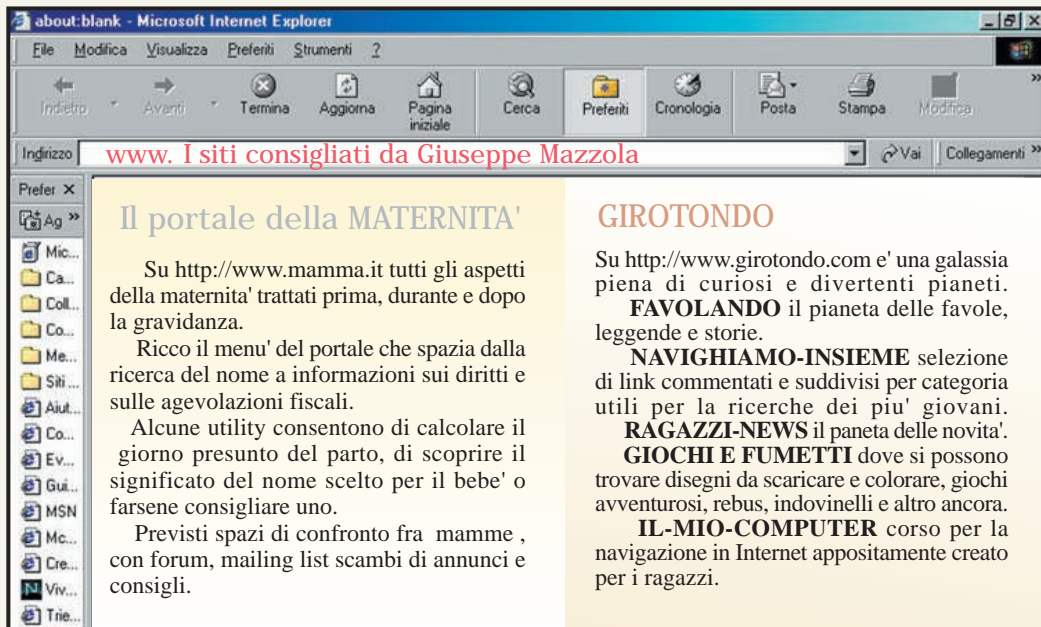
E' dimostrato il ruolo proallergenico del virus respiratorio sinciziale, per via della produzione di anticorpi IgE specifici anti-VRS da parte dell'organismo "ospite".

Questa "produzione" creerebbe un "imprinting" che favorirebbe come una sorta di inizializzazione o jus primae noctis la produzione di altre IgE. Esiste un prezzo da pagare, o infezioni a profusione, o allergopatie, a tal proposito la esperienza germanica dove i bambini dell'est avevano più bronchiti ed infezioni della apparato respiratorio superiore ed inferiore rispetto ai bambini allevati a Monaco o altro ambiente è emblematica.

Recentemente è stato suggerito l'impiego di sequenze di DNA immunostimolanti, per spostare la risposta immunitaria verso il fenotipo Th1. Questa prospettiva di immunoterapia è interessante, ed alcuni vedono in essa il futuro del trattamento dell'allergia.

In Australia si è visto che se un topo tre giorni prima di essere sensibilizzato riceveva un adiuvante in immunoterapia (LPS n.b.) si aveva un effetto protettivo, ed il topo non diventava atopico, ma se si impiegava l'LPS quattro o più giorni dopo la sensibilizzazione, veniva aumentata la risposta allergica, si aveva un topo atopico.

Perdonatemi i giochi di parola, ma questa oscillazione tra atopia del topo e non atopia del medesimo, non è solo uno spunto di presuntuosa amenità, ma anche il simbolo di una "querelle" ancora aperta che lascia a noi spettatori passivi, ma con libertà di interazione col paziente, una libera ma preoccupata interpretazione di ciò che è ancora la "Hygiene Hypothesis"



**Gli "incontri del sabato" organizzati dall'ACP Paidòs offrono non solo l'opportunità di aggiornarsi ma anche di incontrare personaggi che hanno contribuito ad arricchire la cultura pediatrica.**

**La prof.ssa Teresa De Toni è certamente una protagonista del nostro mondo, la sua esperienza in adolescentologia e la sua grande disponibilità ci hanno permesso di realizzare un'intervista che spero possa essere utile alla nostra professione.**

di **ANTONINO GULINO**

**Gulino: Prof.ssa De Toni l'Adolescentologia deve essere considerata una specializzazione indipendente o parte della Pediatria Generale?**

*De Toni: La medicina dell'adolescenza, senza alcun dubbio, fa parte della Pediatria e si occupa della fascia di età che va dai 10 ai 18 anni; ha finalità di prevenzione e cura relativamente ai bisogni fisici, psichici, affettivi e sociali e di fornire supporti atti ad ottimizzare l'assistenza nelle diverse situazioni fisiologiche e patologiche. Si esplica attraverso una risposta assistenziale globale e individualizzata ai bisogni di salute, da parte di specialisti in Pediatria, preparati in adolescentologia, in strutture dedicate, con una rete multidisciplinare di consulenti e si estrinseca attraverso l'erogazione di prestazioni e servizi specifici e finalizzati alle particolari esigenze dell'adolescente.*

*Una cultura adolescentologica di base deve essere un patrimonio fondamentale del pediatra, ma l'adolescentologia è anche una specialità e come tale richiede una preparazione specifica; tutti i pediatri conoscono la neonatologia, ma solo alcuni sono neonatologi.*

**- La scrittrice Simone de Beauvoir nell'autobiografia Memorie di una ragazza per bene parlando della sua adolescenza diceva "... il mio corpo cambiava, e con esso la mia esistenza; il passato mi abbandonava ..." sottolineando la drammaticità di questo periodo della vita. Pensa che l'adolescente di oggi sia cambiato o vive le stesse insicurezze?**

*<< Il nucleo centrale dell'adolescenza è il cambiamento: durante tutta la vita noi siamo in evoluzione, ma l'adolescenza è il tempo nel quale si ha la massima concentrazione di questi cambiamenti. Non può essere considerata una fase di transito tra infanzia e l'età adulta ma, come detto, è un lungo percorso di vita nel quale avvengono*

*processi di trasformazione che investono sia la dimensione mentale che corporea, quindi la relazione con se stessi, gli altri e quanto li circonda; le componenti psicologica e sociale sono molto importanti e come pediatri dobbiamo non trascurare nessun aspetto che possa contribuire al benessere biologico e psico-sociale. >>*

**- Può il pediatra di famiglia diventare il referente "culturale", in ambito medico, dell'adolescente?**

*<< Può e deve anche se, oggi, in Italia, è più realistico dire dovrebbe, uso il condizionale in quanto se l'adolescenza dal punto di vista culturale è riconosciuta come appartenente alla pediatria, dal punto di vista legislativo e di politica sanitaria poco o nulla è stato fatto affinché il pediatra possa essere il vero referente.*

*L'esclusività dell'assistenza, e non sempre, è garantita solo fino ai 6 anni, possibile fino ai 14 anni o 16 se malattie croniche, ma il numero dei pediatri nel nostro Paese è scarso e la programmazione non prevede certo la possibilità di conquistare tutta l'infanzia e men che meno l'adolescenza. >>*

**- Quali sono le problematiche adolescenziali di più comune riscontro nella sua esperienza?**

*<< Negli adolescenti è sempre presente (anche se quasi mai esplicita) la necessità di essere ascoltati e compresi, di essere informati su quanto è stato obiettivamente prestando attenzione anche a problemi estetici veri, o vissuti come tali, e rassicurati circa lo stato di salute. È importante anche saper interagire su temi di natura preventiva finalizzati alla promozione di sani comportamenti e alla fruizione di una buona salute fisica (educazione alla sessualità, al comportamento alimentare, allo svolgimento dell'attività sportiva, uso di farmaci, consumo di anabolizzanti, alcool, fumo, droghe, ma anche gestione del tempo libero, ecc.).*

*Ma ritorniamo al loro corpo, perché, come già accennato, è quello che ci portano e il fatto che si presentino come maschi o femmine non è soltanto*

*in apparenza non motivate, ma che possono indirettamente rappresentare una richiesta di aiuto, disordini dell'alimentazione, incidenti ripetuti, ecc. Anoressia e bulimia, come sappiamo, sono malattie psichiatriche, inserite nel DSM, ma noi pediatri dobbiamo con-*

*l'acne. Se è presente ginecomastia, non si può, far finta di non vederla, in quanto per noi costituisce un evento fisiologico: se la consideriamo tale va spiegato al ragazzo che l'abbiamo osservata, che è normale e che regredirà spontaneamente. Anche l'obesità, spesso associata a ginecomastia e resa più evidente dalla adipomastia, può comportare serie ripercussioni sull'immagine corporea e sulla vita sociale. Nelle femmine l'irsutismo è decisamente dissonante con l'identità di genere. Gli adolescenti che non esprimono la loro preoccupazione per queste caratteristiche, rendono evidente la loro gratitudine (a parole o con espressioni non verbali) se si interpreta correttamente quanto provano.*

*Nell'interagire con l'adolescente dobbiamo saper cogliere quanto è preponderante il corpo sessuato e ogni occasione di incontro con l'adolescente dovrebbe costituire un'opportunità per affrontare l'argomento della sessualità. Non è sempre necessario lo chiedano, anzi ciò accade raramente, ma dobbiamo noi essere in grado di capire se sono disponibili a parlare di contraccezione e malattie sessualmente trasmesse. >>*

**- La sessualità occupa quindi un grande spazio nell'interazione con l'adolescente, ma vi sono altri segni che vanno tempestivamente individuati?**

*<< Dobbiamo confrontarci anche con altre patologie quali quelle del comportamento alimentare per le quali è necessario individuare i segnali, porre un sospetto, effettuare una stretta sorveglianza e inviare tempestivamente a una consulenza specialistica. Una particolare attenzione va posta all'identificazione di segni di disagio che si esplicano con atti dimostrativi (piccoli furti, flessione del rendimento scolastico, meno frequentemente nella nostra pratica osserviamo l'abuso di sostanze, le fughe da casa o i tentativi di suicidio). Non dobbiamo trascurare una possibile depressione e alcuni sintomi spia possono essere: umore triste, assenze scolastiche, disturbi somatici ricorrenti e visite mediche,*

*in apparenza non motivate, ma che possono indirettamente rappresentare una richiesta di aiuto, disordini dell'alimentazione, incidenti ripetuti, ecc. Anoressia e bulimia, come sappiamo, sono malattie psichiatriche, inserite nel DSM, ma noi pediatri dobbiamo con-*

*frontarci con queste patologie perché un numero crescente di pazienti (non esistono indagini che possano quantificarli esattamente) si presentano alla nostra osservazione per disturbi del comportamento alimentare e dobbiamo essere in grado di porre il sospetto diagnostico di anoressia e saper distinguere quelli che possiamo seguire in quanto senza vere psicopatologie e quelli che dobbiamo invece prontamente indirizzare a un consulente che possa fare una diagnosi psichiatrica e iniziare una terapia adeguata. >>*

**- Quali consigli può dare al pediatra che si confronta con l'adolescente per meglio assolvere il suo compito?**

*<< E' indispensabile, occupandoci di adolescenti, imparare a rapportarci in maniera diversa, imparare ad ascoltare... i loro silenzi, ma anche ad interpretare i segnali che ci inviano, riconoscere una patologia psicosomatica, essere attenti a riconoscere il significato dei loro sintomi, fare una anamnesi diversa da quella che siamo abituati a fare con il bambino o meglio con i genitori del bambino. E' importante dialogare direttamente con loro, informarsi sulla scuola, sugli amici, sulla socializzazione e l'utilizzo del tempo libero, stare attenti ai sovrainvestimenti scolastici, allo studente modello (forse troppo modello) che investe soprattutto nella scuola, che può mascherare una fuga dalla realtà, ma anche alle flessioni del rendimento scolastico, all'assenteismo scolastico, soprattutto se ricorrente ed apparentemente immotivato.*

*Dobbiamo confrontarci con le patologie delle quali ho accennato, patologie, certamente non nuove, che sono però meno abituali per noi pediatri e sono in aumento. Anche per le anomalie del comportamento alimentare esistono segnali di allarme: quasi tutte le adolescenti sono a dieta, ma la paziente a rischio utilizza una dieta autoprescritta e sposta sempre più in basso il limite del peso che vuole raggiungere; ogni ragazza ha un ideale estetico personalizzato che può essere diverso dal nostro, ma è particolarmente a rischio, quando continua a diminuire il suo peso ideale e mentre è a dieta non è contenta del proprio corpo, quando aumenta l'isolamento sociale, quando è presente amenorrea, che è un sintomo da non sottovalutare, soprattutto nelle ragazze magre. >>*

**- Che cosa deve fare il pediatra per evitare di tradire la fiducia dell'adolescente?**

*<< Innanzitutto ricordare che le richieste dell'adolescente sono spesso delle richieste caratterizzate da una soggettiva urgenza e quindi non a lungo procrastinabili, mettersi in una paziente quanto disponibile posizione di ascolto, non dimostrare alcuna fretta di terminare la visita o di considerare di scarsa importanza quanto ci raccontano, sapere sopportare i silenzi..., sapere essere flessibili, ma anche autorevoli.*

*Evitare la drammaticizzazione, la banalizzazione, lo schieramento con una delle parti, soprattutto con i genitori, ma soprattutto l'ambiguità e la posizione giudicante. >>*

Intervista a Teresa De Toni



L'adolescenza oggi



# Un pediatra al cinema

di ANTONINO GULINO

La stagione invernale è per il nostro cinema la più ricca ed interessante, anche perché la nostra distribuzione tende a concentrare in questo periodo le “novità” della stagione.

Scegliere potrebbe apparire difficile, ma in verità non è così, le opere cinematografiche di reale valore non sono molte e spesso sono il frutto di pochi autori che sono riusciti nel tempo a mantenere un alto livello creativo.

Il film che vorrei segnalare è “Gosford Park”, l’ultima opera di un maestro della cinematografia americana e mondiale, Robert Altman.

Altman, nonostante l’età, riesce ancora a sorprenderci ed a regalarci un film di grande intensità, un storia corale ricca di risvolti psicologici, narrata alla maniera di Agatha Christie, ma con un vigore morale ed una lucidità sorprendente. Siamo nel 1932 un gruppo di aristocratici inglesi, accompagnati da uno stuolo di camerieri personali, si reca presso la lussuosa residenza di Sir William per un fine settimana di caccia autunnale.

La casa si anima, nel dedalo di corridoi e di scale che separano i piani alti, dove alloggiavano i padroni, e gli scantinati che ospitano i servi, tutti si muovono freneticamente, inquieti, sospettosi ma soprattutto infelici. Le loro storie si mischiano, si confondono, si riuniscono sotto un unico denominatore: l’ipocrisia di una società rigidamente classista, dove la dignità dell’uomo è continuamente calpestata. Ma inevitabile come in ogni giallo arriva la morte dell’odiato padrone di casa, un omicidio misterioso che sconvolge questo fragile equilibrio e fa emergere tutte le contraddizioni celate dietro un inutile perbenismo. L’indagine di un distratto investigatore costringe tutti i protagonisti a confrontarsi col proprio vissuto, tutti hanno forse un buon motivo per uccidere il vecchio Sir William, tutti sono colpevoli ma nessuno sarà condannato, la vita continua. Dietro un apparente scontro di classe, c’è una società cattiva, triste senza alcun futuro.

Padroni e servi sono accomunati dallo stesso tragico destino, non a caso l’autore ambienta il film in un periodo ben preciso della nostra storia, quegli anni ‘30 caratterizzati dalla nascita e dall’affermazione del nazismo, dovuta in buona sostanza all’indifferenza-connivenza degli stati cosiddetti democratici.

Colpisce nella narrazione la mancanza totale di bambini, l’unico ricordato attraverso una foto è morto, tutti i protagonisti sembrano negare la loro infanzia, quasi a cancellare un inutile fardello di innocenza. Una scelta geniale tesa a rafforzare la condanna senza alcuna attenuante di Altman contro una società, la nostra società, che ha smarrito ogni ideale. L’autore riesce a trasformare un gradevole, quasi scontato film “noir”, in una violenta sferzata alle nostre coscienze, coadiuvato in questa sua impresa da un gruppo di attori inglesi assolutamente perfetti nel disegnare dei personaggi molto verosimili. Buona visione!



# L’angolo della poesia

di Rosario Fischer

## Cerco

*Cerco dio per le strade deserte  
che mi parli e mi spieghi perché  
e l’amore nell’azzurro del cielo  
che rinasca ogni giorno migliore*

*Cerco l’uomo che sappia capire  
E mi metta un braccio alla spalla  
Una donna che mi guardi nel cuore  
E riscaldi questo mio amore*

*Cerco pace negli abissi del mare  
Che col freddo rallenti la corsa  
E il silenzio tra le alte montagne  
La mia anima mi faccia sentire*

*Ma da sempre c’è solo rumore  
Ed un freddo che non puoi rimediare  
E ogni giorno ti passa attraverso  
Tanta gente che va chi sa dove*

*Se mi guardo nel fondo dell’anima  
Un deserto mi par di vedere  
Poi cade un seme d’amore  
Ecco subito che nasce un fiore*

# la posta di Albertino

di DANIELA GINEX



Caro dottore, quest’anno papà ha deciso di portarci sulla neve; scartate le solite Cortina e Saint Moritz, ha scelto una ridente località della Val di Non, a soli 250 km dalle piste più vicine e a un’altitudine che l’Istituto Geografico Militare ha registrato qualche anno fa a 2100 m, ma che tende a diminuire di giorno in giorno per via dello smottamento. Papà ha voluto comprarsi gli sci nuovi, perché si sa, se li affitti ti danno “due pezzi di legno”. Spesa complessiva 400 euro, più 50 euro per la sacca, 10 per la sciolunatura e 40 per le spese aeroportuali come “trasporto speciale”. Sull’aereo il mio intrepido genitore non riusciva a trattenere le lacrime al pensiero di avere versato una quota folle del suo stipendio per i suoi splendidi carving fiammanti.

Arrancando a fatica per strade non descritte dalla carta topografica, a bordo della solita auto noleggiata, in poche ore abbiamo raggiunto la pensione familiare che doveva ospitarci, una pittoresca baita ubicata in una cornice ambientale che richiamava in modo sconcertante i Carpazi. Grazie al maestro, un ex alpino di 78 anni cultore della grappa, sono bastate due ore per apprendere a indossare con scioltezza gli scarponi. Papà, che aveva dato segni di fastidio per trovarsi inserito in un gruppo di principianti (nel ’67 aveva fatto venti minuti di spazzaneve in piano), è caduto quasi subito scivolando all’indietro in un urlo sempre più flebile ed è stato ripescato nel fondovalle da una slalomista austriaca. Diagnosi: rottura del legamento collaterale destro, prognosi: tre settimane di immobilità assoluta e un mese di fisioterapia. La sera ci siamo consolati con le specialità trentine che la premurosa padrona di casa ci preparava: knödel allo speck in brodo, capriolo al forno con polenta, strudel di mele del Trentino, grappino e vin brulé.

La mattina successiva la mamma e Sabrina sperimentavano le curve a spazzaneve, mentre il nonno, papà e io costruivamo un megapupazzo. Tutt’intorno gli snowboarder cadevano come le mosche. Passando accanto a uno di loro, Sabrina notava con orrore che quel viluppo di membra umane e sci aveva gli stessi colori della tuta di Gigi. Ci sono volute due ore e l’impiego della fiamma ossidrica per estrarlo dalle lamiere. Diagnosi: frattura scomposta della tibia e del perone, prognosi: 40 gg. di immobilità assoluta s.c., confezione di gesso. La sera ci confortavamo con il ricco menu, composto da: knödel gratinati, spezzatino di capriolo con polenta, strudel di mele del Trentino, grappino e vin brulé. La notte Sabrina piangeva nel sonno: sognava Bambi che la guardava con afflitti occhioni pieni di rimprovero.



Il giorno dopo, mentre il nonno, papà, Gigi e io costruivamo

un bellissimo robot di neve modello “Dragon ball”, la mamma e Sabrina affrontavano con disinvoltura le piste. Abbandonato il maestro alpino, che ormai giaceva in preda ai fumi dell’alcool su una panca del rifugio, Sabrina veniva addestrata da un giovane e aitante istruttore, così scrupoloso da correggerle personalmente le posizioni viziate del bacino. La mamma, ormai padrona della tecnica di “uso corretto dello skipass”, in un momento di distrazione imboccava un vallone a forte pendenza, frenata solo da un abete che provvidenzialmente le sbarrava la strada. Diagnosi: rottura del crociato con lacerazione della capsula e versamento intrarticolare, prognosi: tre settimane di immobilità con applicazione di un tutore. La sera annegavamo i nostri dolori nella ipercalorica cucina della padrona: knödel agli spinaci, gulasch di capriolo con polenta, strudel di mele del Trentino, grappino e vin brulé. Il giorno dopo papà, la mamma, Gigi, il nonno e io davamo gli ultimi ritocchi al nostro spaziale esercito di neve in stile “Pokemon” che vinceva il concorso bandito dal Comune “Crea con la neve”. Primo premio: altorilievo del massiccio del Brenta in pino montano con decori floreali. Sabrina sperimentava un suggestivo fuoripista con il meticoloso maestro.

La padrona di casa aveva finito gli avanzi da riciclare e ci siamo rassegnati a consumare una pizza alla speck, accompagnata da grappa e vin brulé che non mancano mai. L’indomani in aeroporto ci aggregavamo a una comitiva di ritorno dalla settimana bianca come noi; il viaggio trascorreva rapidamente fra scambi di referti radiografici e confronti di lastre. Sulla scaletta c’è stato qualche momento di panico per un ingorgo da stampe, ma il pronto intervento del personale di bordo ha scongiurato ulteriori incidenti. siamo tutti seduti davanti alla TV, chi sul divano e chi sulla sedia a rotelle, a vedere le olimpiadi invernali, e quando uno casca papà e Gigi litigano perché uno dice che caricava troppo sul destro, mentre l’altro afferma che la colpa è delle lamine. Sabrina manda cuoricini col cellulare.

Tutti sfogliano depliant turistici su soggiorni sul Mar Rosso nel periodo pasquale, comprensivi di un corso completo di immersione subacquea. Sono molto allarmato e ti prego di aiutarmi: nel caso che decidessero di prenotare, potresti rifiutarti di farmi il certificato di sana e robusta costituzione?

Saluti affettuosi dal tuo piccolo paziente Albertino

rubriche

rubriche



# Parafimosi e altro

di ANTONIO RUSSO

La parafimosi è una strozzatura del pene sotto il glande, determinata dalla retrazione di un prepuzio molto stretto (fimosi), che causa gonfiore e dolore. La strozzatura causa un ostacolo al circolo sanguigno, con edema e tumefazione progressiva del glande che assume un colore violaceo, e rischio di necrosi.

La parafimosi va risolta al più presto, riportando il prepuzio alla posizione normale con opportuna manovra. Sebbene sia ormai noto che la "ginnastica prepuziale" non trova alcuna indicazione nella fimosi fisiologica del neonato-lattante e nell'adesione prepuziale del bambino più grande, né tantomeno nella fimosi vera (correzione chirurgica), non è raro che le mamme vi si dedichino coscienziosamente, con il rischio di causare una parafimosi. Pertanto è possibile che il pediatra di famiglia si trovi davanti a questa emergenza che dovrà tentare di risolvere, inviando il bambino al chirurgo o all'urologo solo in caso di insuccesso, evitando così lo stress

rubriche

## PICCOLE EMERGENZE

nell'applicazione generosa di olio di vaselina o d'oliva lasciando penetrare bene il lubrificante tra i denti della lampona, avendo cura nel frattempo di ridurre l'edema con l'applicazione di ghiaccio; poi, provare a liberare il prepuzio con cauta trazione. In caso d'insuccesso, il metodo efficace consiste nel tagliare con una pinza o un tronchesino la parte scorrevole, ciò fatto le due file di denti della lampona si separeranno immediatamente. Se non si dispone di uno strumento adatto per questa operazione, l'alternativa consiste nel

*Viene descritta la tecnica per la riduzione incruenta della parafimosi e, per restare in argomento, come liberare il prepuzio accidentalmente intrappolato tra i denti della lampona dei pantaloni*

dell'ospedale e di un intervento cruento.

Un altro spiacevole incidente a carico del pene, che mette in serio imbarazzo il medico che non ha avuto occasione di cimentarsi con esso in precedenza, è l'incarceramento del prepuzio tra i denti della chiusura lampona dei pantaloni. In questo caso, il primo tentativo da fare per liberare il prepuzio consiste

separare anzitutto la lampona dal tessuto circostante praticando un taglio longitudinale lungo i lati di essa; successivamente, praticare dei tagli nel tessuto tra dente e dente. Ciò determinerà un allentamento della presa sul prepuzio, permettendo spesso di liberarlo senza danni.

Nel caso di insuccesso bisognerà naturalmente ricorrere al pronto soccorso.

### Tecnica di riduzione della parafimosi:

1. Tentare di ridurre l'edema applicando ghiaccio o zucchero granulato (che richiamerebbe, per la sua igroscopicità, il liquido interstiziale attraverso la mucosa). Il mezzo più efficace consiste probabilmente nell'impugnare il glande tumefatto esercitando una stretta cauta ma costante per 5 minuti al fine di favorire il deflusso del liquido interstiziale; eseguire la manovra di riduzione, prima che l'edema si riformi;
2. Posizionare entrambi i pollici affiancati sull'apice del glande e contemporaneamente i polpastrelli di indici e medi di entrambe le mani sotto il cercine prepuziale; quindi esercitare una pressione con i pollici verso la base del pene e, simultaneamente, con i polpastrelli delle altre dita una trazione in senso opposto del cercine prepuziale;
3. Dopo alcuni tentativi senza successo, o se la manovra fosse troppo dolorosa, inviare subito il bambino al chirurgo per l'incisione del cercine in anestesia; se la manovra di riduzione risulta efficace, consigliare un consulto con il chirurgo per programmare la circoncisione.

## A PROPOSITO DI...

*Sono rimasto particolarmente colpito, nel sentire in un corso di formazione per genitori, come tale ruolo non lo si eredita dalla nascita ma scaturisce dall'impegno costante che marito e moglie, INSIEME, pongono per procurare al proprio figlio le esperienze più adatte al suo sviluppo. Pertanto sono i genitori i primi ad avere il diritto-dovere e la gioia di educare i propri figli, educandoli in positivo!, per migliorarne le qualità. Tuttavia per raggiungere tale obiettivo, forse il più grande, occorre avere una formazione adeguata che si acquisisce studiando. Mi piace riportare la lettera di un figlio a suo padre.*

1. Capisco ciò che vuoi da me; che sia ordinato, pulito, che dorma le mie ore, ma non so come vuoi che lo faccia. Dimmelo. Preferisco apprendere più che mangiare.

2. Desidero un adulto che si occupi solo di me.

3. Posso usare sei sensi: cinque più il movimento, e so usarli.

4. Mi si può insegnare qualunque cosa a partire da un fatto concreto.

## PARLA NOSTRO FIGLIO

di ANGELO FAZIO

5. Apprendo a una grande velocità, stupefacente, assai più rapidamente di te. Quanto più velocemente mi insegni, tanto più rapidamente imparo.

6. Imparo fatti, non ragionamenti. Dei tuoi discorsi ascolto solo i primi dieci secondi.

7. Avvicinandomi ad una certa età, se mi insegni i fatti, scoprirò le regole. Metterò i fatti in relazione tra loro e ne trarrò la conclusione: la regola.

8. I primi anni sono i più importanti della mia vita, dal punto di vista neurologico e psicologico: posso e voglio imparare.

9. Il mio cervello cresce secondo gli stimoli.

Quanto più utilizzi le finestre dei miei sensi, tanto più crescerò:

- se vuoi che mi muova, gioca con me;
- se vuoi che moduli la voce, canta con me;

10. Voglio iniziare bene: fatti chiari, distinti, con frequenza, con intensità, senza verificare ciò che ho recepito. Non mi valutare.

11. I miei genitori sono quelli che mi conoscono meglio. Quelli che mi amano di più. Quelli che sono più disposti a sacrificarsi per me, a lavorare e giocare con me. Mi piacerebbe che questo si concretizzasse nel sentire il loro affetto e amore ogni volta che mi guardano.

12. Mia madre ed io formiamo la coppia più dinamica del mondo.

13. Mi piace essere ordinato, pulito, dormire le mie ore, mangiare bene...ma tu sei una schifezza di modello: mi cambi gli orari, non mi tieni pulito, mi tieni in camera tua, cedi ai miei capricci...

14. Se mi dai tutto questo, io migliorerò il mondo. Voglio arrivare ad essere grande servendo. Non voglio essere un egoista. Voglio essere il migliore possibile per convivere bene e dare felicità. Tratto dal FERT "Corso di formazione per genitori"



Il fenomeno comportamentale dell'onnipotenza è diventato estremamente frequente nell'osservazione clinica ambulatoriale. Si presenta con un insieme di comportamenti negativistici ed opposizionali, con incapacità di adattarsi alle norme sociali, e con atteggiamento di superiorità e prepotenza, frequentemente provocatorio, spesso accompagnato da irrequietezza ed aggressività. Il problema interessa ormai almeno 1 bambino su 4. Gli stessi individui, nelle età successive, sono notevolmente predisposti a manifestare comportamenti riconducibili al fenomeno del "bullismo" oppure, se vengono frustrati nel loro bisogno di egocentrismo da individui più "forti" di loro, sono predisposti in misura significativa a sindromi depressive e a disturbi patologici della personalità. E' inoltre frequente l'associazione con iperattività, anche se l'ADHD vero e proprio si manifesta soltanto se ne coesiste la base genetica.

Chi di noi non osserva quotidianamente troppi bambini che scalciano, urlano, si oppongono tenacemente a qualsiasi approccio, girano per l'ambulatorio toccando tutto, reagiscono alle ammonizioni dei genitori con noncuranza o, peggio, con rabbia ed ingiurie? Questi stessi rifiutano spesso qualsiasi terapia sia orale che inalatoria, pretendono che i familiari soddisfino tutti i loro capricci, rifiutano qualsiasi proposta di alimentazione razionale. Pretendono di consumare esclusivamente pochissimi alimenti, che noi sappiamo essere soprattutto: latte sovminestrato con il biberon, nutella, snack. Sta diventando pertanto l'esordio più frequente delle nostre visite l'ormai rituale lamento: "non mangia niente, è troppo nervoso (il bambino); sono completamente esaurita (la mamma)". Ma come siamo arrivati alla situazione attuale e come possiamo tentare di fronteggiare un'ulteriore e progressivo peggioramento della stessa? A mio giudizio dovremmo innanzitutto superare una certa nostra cultura permissivistica che tende a normalizzare, banalizzare, svalutare l'importanza del fenomeno. Bisogna ricordare che la completa pseudo-liberalizzazione dell'educazione del bambino iniziò nel dopoguerra ad opera di B. Spock, come reazione ai modelli troppo rigidi del passato. L'abolizione di ogni regola incontrò molto successo tra i genitori che scoprirono che è molto più facile dire sempre "sì" piuttosto che adottare regole e divieti. Trent'anni più tardi lo stesso Spock ammise il fallimento pratico delle sue teorie ed affermò che alcune regole sono indispensabili. Tuttavia la maggior parte dei genitori ha continuato a credere nello spontaneismo senza la necessità di alcun razionale "contenimento". Ben presto molti bambini scoprono che la principale arma di ricatto e di vero

**Chi di noi non osserva quotidianamente troppi bambini che scalciano, urlano, si oppongono tenacemente a qualsiasi approccio, girano per l'ambulatorio toccando tutto, reagiscono alle ammonizioni dei genitori con noncuranza o, peggio, con rabbia ed ingiurie?**

## Il bambino "onnipotente"

di ANGELO MILAZZO

prevaricatore, purchè il figlio "mangi qualcosa". In realtà però questi bambini non solo non hanno problemi come stato di nutrizione e di accrescimento ma spesso sono anche in notevole soprappeso. Essi rendono schiavi i genitori con i loro capricci, ma restano sempre tesi, arrabbiati, insoddisfatti. E' vero che bisogna dare fiducia al bambino: ma questa deve consistere nel comunicargli messaggi che egli è in grado di comprendere. Spesso spiegazioni troppo complesse superano la capacità di comprensione, lo disorientano e lo lasciano angosciato. Viceversa alcune regole essenziali date con affetto, ma anche con fermezza e convinzione possono infondere sicurezza, **responsabilizzazione**. Qualunque essere umano accresce la propria **autostima** e trae soddisfazione

dalla propria capacità di portare a compimento dei compiti che gli sono stati assegnati e che si sono rilevati utili per il proprio benessere. Il bambino necessita di messaggi semplici e chiari, dell'esempio dei genitori, di una loro ragionevole autorevolezza che non deve ovviamente sconfinare nell'autoritarismo.

Personalmente ritengo che la situazione sia particolarmente difficile nelle nostre regioni meridionali, dove è ancora dominante una mentalità vetero-consumistica e vetero-assistenzialistica, che peraltro si accompagna ad una perdita progressiva dei valori legati all'istinto, al buon senso, alla capacità di arrangiarsi, alla responsabilità di portare avanti una famiglia.

L'insicurezza e le contraddizioni impediscono la funzione di guida e di "contenimento" e quindi favoriscono nel bambino il formarsi di una personalità dipendente compulsivamente dai propri capricci e dall'esercizio del proprio potere sugli altri. L'esercizio compulsivo del potere viene soddisfatto solo momentaneamente e richiede livelli di soddisfazione sempre più elevati, fino a veri e propri parossismi. La chiave del problema resta il "contenimento" cioè l'insieme di limiti e di esempi da seguire come regole. Il bambino deve vivere l'esperienza tangibile di essere amato e di essere "capace" proprio nella misura in cui non eserciti la prepotenza ed il ricatto per essere sod-

e proprio dominio sui familiari è rappresentata dall'alimentazione. Molti genitori infatti sono ben disposti ad assecondare qualsiasi abitudine sbagliata, qualsiasi follia dietetica, qualsiasi comportamento prepotente e



## Pillole di... endocrinologia

di FRANCESCO PRIVITERA

*Con il termine "telarca prematuro" si intende lo sviluppo isolato delle ghiandole mammarie nella femmina prima degli 8 anni di età. Esso può essere un evento isolato (telarca prematuro semplice) che non influirà sull'inizio dello sviluppo puberale e quindi sulla crescita, oppure essere il primo segno di una vera pubertà precoce.*

Il telarca prematuro semplice (TPS) ha due picchi di incidenza: il primo sotto i 3 anni di età ed il secondo dopo i 6 anni. Ci si orienta verso una diagnosi di TPS se il seno non ha dimensioni superiori allo stadio B2 di Tanner con assenza di segni locali e/o genitali di estrogenizzazione, velocità di crescita normale e sotto il 90° centile. In questo caso quindi si può ragionevolmente attendere tre mesi e ricontrollare poi clinicamente la bambina.

Se il telarca non è isolato, è opportuno effettuare alcune indagini strumentali: a) Rx mano e polso sin. per età ossea; b) ecografia pelvica per vedere le dimensioni e la morfologia di utero ed ovaie. Un'età ossea adeguata all'età cronologica è indicativa di TPS, mentre un avanzamento significativo (almeno un anno) è suggestivo di pubertà precoce. Così come all'ecografia pelvica un

utero di diametro longitudinale > 36 mm (o > 1.8 ml di volume) con differenziazione corpo/collo, e dimensioni ovariche > 1.2 ml di volume, sono indicativi di evento puberale in atto.

Una negatività di entrambi gli esami suggerisce un TPS. Se invece l'ecografia e l'età ossea fanno sospettare una pubertà precoce, bisogna procedere con gli esami di laboratorio che sono essenzialmente i dosaggi di FSH ed LH basali e dopo stimolo. I test di stimolo più usati sono il test al GnRH, o col suo analogo. In base ai valori ottenuti possiamo avere tre condizioni:

### A) TELARCA PREMATURO SEMPLICE

con FSH lievemente aumentato ed LH prepubere.

### B) PUBERTA' PRECOCE CENTRALE

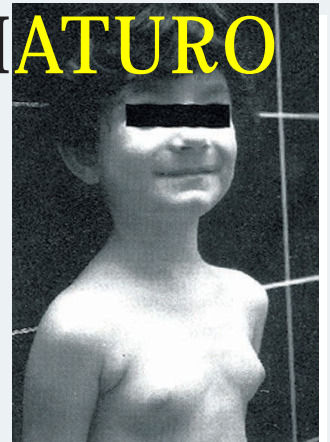
con FSH ed LH aumentati a livelli puberali con il secondo avente un picco più alto del primo.

### C) PUBERTA PRECOCE PERIFERICA O PSEUDO-PUBERTA' PRECOCE

con FSH ed LH a livelli prepuberi.

Nel caso A) si ricontrolla clinicamente la bambina dopo almeno tre mesi e se non c'è

## TELARCA PREMATURO



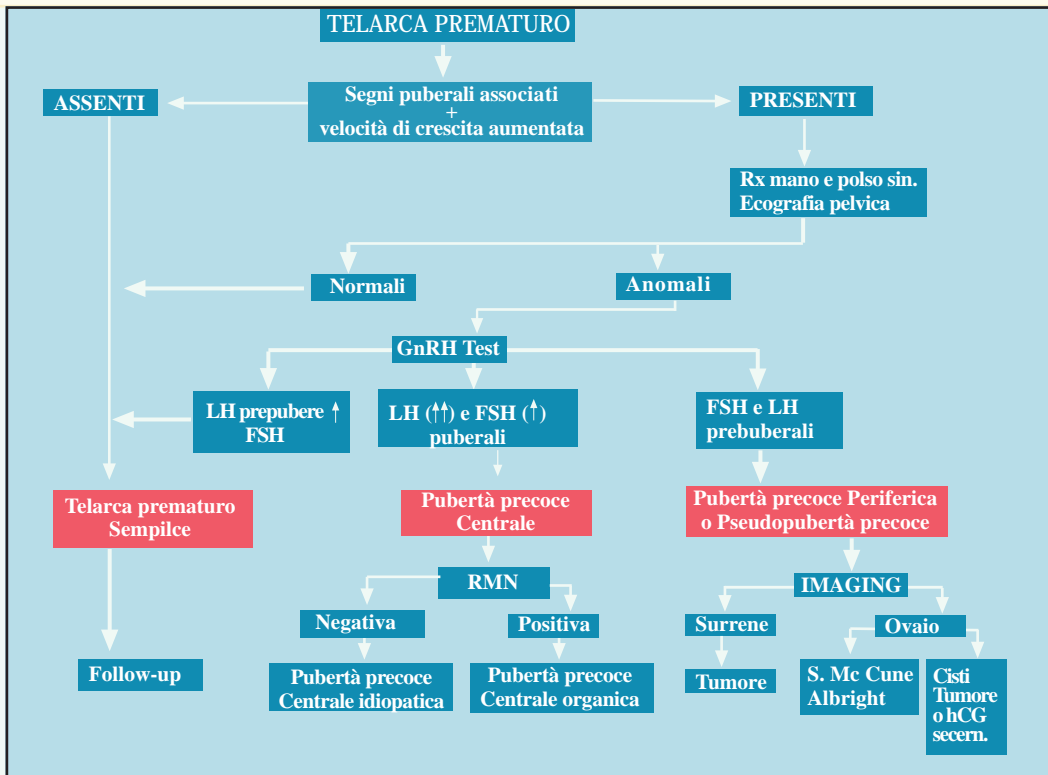
alcun avanzamento dei segni puberali si continua con un follow-up di alcuni mesi; se invece si ha una progressione dei segni clinici puberali, si ricontrollano i volumi dell'utero e delle ovaie mediante nuova ecografia pelvica.

Nel caso B) si dovrà stabilire se fare o meno una RMN della regione ipotalamico-pituitarica e se la bambina sarà o meno da sottoporre a trattamento con analogo GnRH.

Nel caso C) si dovranno indagare con tecniche di imaging le ovaie ed i surreni (cisti o tumori) o cercare di mettere in evidenza i segni clinici e radiologici di una Sindrome di McCune Albright (caratterizzata dall'associazione di displasia fibrosa poliostotica, macchie caffè-latte e pubertà precoce GnRH indipendente), o andare a cercare un tumore hCG secernente.

Non sempre però è possibile classificare tutte le bambine con sviluppo del seno come TPS. Infatti alcune hanno anche una velocità di crescita leggermente aumentata e/o un discreto avanzamento dell'età ossea. Questa condizione intermedia





TPS e pubertà precoce, viene chiamata "thelarche variant", oppure "variante lentamente progressiva della pubertà precoce", con aumento di FSH e reperto ecografico intermedio tra le due entità. Comunque la statura finale non è influenzata sia nel TPS, che nella "thelarche variant".

**Concludendo**, possiamo dire che il concetto attualmente prevalente è che il TPS possa essere tipicamente una manifestazione di lieve eccesso di attività secretoria ipofisogonadica (FSH) ciclica, che molti TPS prima dei 2 anni di età regrediscono prima della pubertà, mentre quelli che

compaiono oltre i 3 anni, che hanno livelli basali di LH più elevati e che hanno una accelerazione dell'età ossea e della velocità di crescita nei primi 6 mesi di follow-up, hanno un maggior rischio di evoluzione verso la pubertà precoce.

## ULTIMISSIME

## IL PEDIATRA SPERIMENTATORE

di GAETANO BOTTARO

Circa 2 anni fa, nel gennaio del 2000, un gruppo di esperti appartenenti alla medicina generale e alla pediatria di famiglia, alla ricerca industriale, alle istituzioni sanitarie e alle associazioni di cittadini, riuniti all'International School of Pharmacology del Centro E. Maiorana di Erice, concordarono la seguente dichiarazione: "Ricerca e pratica clinica sono due aspetti inscindibili della sanità e della professione medica. La medicina del territorio ha la possibilità di svolgere ricerche epidemiologiche, osservazionali e di esito, ma è oggi esclusa in Italia per decreto dalla sperimentazione clinica controllata dei farmaci di fase 3 e, di fatto, da quella di fase 4".

Questo contrasta con quanto succede negli altri paesi europei e con la necessità di acquisire informazioni sull'efficacia e sulla sicurezza dei farmaci che vengono utilizzati nelle cure primarie con particolare riferimento alle situazioni di cronicità. Per questi motivi esiste ormai un consenso generale sulle necessità di superare tale esclusione. Si tratta quindi di ribadire le condizioni necessarie per lo sviluppo di una sperimentazione di qualità dei farmaci in medicina del territorio".

Fin qui la Dichiarazione di Erice, che quando fu fatta sembrava troppo lontana dalla realtà e soltanto la pia speranza, di un gruppo di medici, di affermare la propria identità culturale. Ma questa dichiarazione fu recepita dall'allora ministro Bindi ed inserita nel decreto di riforma del SSN. Recentemente nel maggio 2001 il nuovo governo ha emanato l'apposito decreto legge per la regolamentazione della sperimentazione dei farmaci che è appena entrato in vigore. Quindi dal 2002 noi pediatri di famiglia, insieme ai medici generici, siamo equiparati agli ospedalieri ed agli universitari, potendo sperimentare i farmaci in fase 3 e 4.

Innanzitutto cosa significa sperimentazione di fase 3 e 4. Lo sviluppo clinico di un farmaco, dopo la sua sperimentazione di laboratorio e sugli animali da esperimento, procede attraverso 3 fasi, prima dell'autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) e successivamente prosegue con la fase 4 di post-market. La fase 1 si effettua su di un esiguo numero di volontari sani (massimo 50) e serve per valutare la tollerabilità del farmaco, determinare le dosi da somministrare e la loro accettabilità, cioè la quantità di farmaco somministrabile in assenza di effetti collaterali, questa fase può essere effettuata direttamente dall'azienda farmaceutica in strutture proprie e con proprio personale; la fase 2 si effettua su di un esiguo numero di pazienti (circa 200-300) strettamente monitorati, in confronto con placebo, per dimostrare l'efficacia e la tollerabilità del farmaco, stabilire posologia e vie di somministrazione adeguate, identificare eventuali problemi, questa

fase si svolge esclusivamente in centri specializzati: ospedalieri o universitari; la fase 3 si svolge con trials clinici di ampie dimensioni e multicentrici (diverse migliaia di soggetti) in doppio cieco contro placebo, fornisce informazioni su efficacia e tollerabilità del farmaco, sulle modalità di impiego, sulle controindicazioni e interazioni con altri farmaci, in questa fase si stabiliscono i presupposti per la registrazione e l'immissione in commercio del farmaco e oltre gli ospedali e i grossi istituti clinici, possono essere coinvolti i medici del territorio; infine la fase 4 si svolge dopo la commercializzazione del farmaco, quindi su vaste casistiche, senza l'obbligatorietà del cieco o del confronto con placebo, fornisce grosse informazioni sull'interazione con altri farmaci, sul meccanismo di azione e su qualunque altro particolare inerente farmaco e terapia, questa fase si è sempre svolta preferibilmente sul territorio coinvolgendo preferibilmente i medici e pediatri di famiglia.

Quali sono i risvolti e soprattutto cosa comporta per noi questa opportunità, che qualcuno, bontà sua ci ha concesso. A dire il vero, la sensazione è che questo movimento sia stato promosso, sulla scorta di quanto accade in altri paesi europei, dalle aziende farmaceutiche per spezzare il monopolio-gioco di università e ospedali, aprire quindi nuovi scenari e calmierare un mercato che, per loro, sta diventando molto oneroso.

A dire di molti grossi esponenti di aziende il prossimo futuro sarà costellato da una grande quantità di farmaci, su tutto e per tutto, che invaderanno il mercato. Immaginate quindi la quantità di soldi che dovranno elargire ai soliti noti sperimentatori! Invece, implementare il mercato degli sperimentatori vuol dire un portafoglio clienti molto più vasto e soprattutto prezzi più bassi. Nell'immaginario dei grossi manager d'industria noi saremmo dei prestatori d'opera di alto profilo e basso costo. Aspettiamoci quindi che in un futuro anche se non proprio prossimo (almeno 4-5 anni), se riusciremo a mantenere la nostra figura professionale al livello attuale, avere almeno un farmaco in sperimentazione sarà la normalità. Ma cosa comporta per noi tutto questo? La risposta più semplice e ovvia è: una barca di lavoro in più.

Infatti sperimentare un farmaco significa: tenere un registro accurato e aggiornato dei pazienti, schede cliniche generali

e specifiche sul farmaco o già sperimentato, sempre aggiornate e disponibili per i costanti controlli, archivio storico delle passate sperimentazioni, regolarità dei controlli delle aziende farmaceutiche, delle autorità sanitarie e giudiziarie, per verificare passato, presente e requisiti. Ma soprattutto passeremo una barca di tempo a

dialogare con i pazienti per persuaderli a partecipare alla sperimentazione, per terrorizzarli sugli eventuali effetti negativi e sul rischio di beccare il placebo, per convincerli a firmare contenti il consenso informato, in una frase: costringerli a sottoporsi a tutto il protocollo (visite frequenti, esami inutili e continui, compilazione di diari lunghi e complessi).

Tutto questo a fronte di cosa? Pochi soldi, anzi preferibilmente servizi, come scritto sul decreto del ministro. Quale sarà l'iter per partecipare ad una qualunque sperimentazione? In primo luogo bisogna accreditarsi frequentando un corso adeguato per ottenere la qualifica, ottenuto questo bisogna fare domanda all'ASL per essere inserito in un apposito albo e quindi aspettare la chiamata. Tutto questo ovviamente su base volontaria, nessuno costringe nessuno. Inoltre poiché è fatto assoluto ed esplicito divieto agli sperimentatori di intrattenere rapporti economici diretti con l'azienda farmaceutica promotrice della ricerca, tutti i rapporti devono essere intrattenuti dall'ASL, che provvederà a stipulare tutte le convenzioni e, successivamente, liquidare il concordato.

Come avete potuto constatare dal tono di queste mie parole i dubbi sono più delle certezze ed in effetti i dubbi sono quelli emersi, in grande quantità, al primo corso sperimentale per sperimentatori, fatto di recente, in cui le nostre domande ai docenti (esperti di aziende farmaceutiche) facevano chiaramente trasparire tanti dubbi e soprattutto tanta paura. Paura di alterare il rapporto con i pazienti; paura di non essere in grado di svolgere il compito; paura dei risvolti legali; paura degli effetti collaterali; paura di perdere troppo tempo; paura che alla fine il gioco non sia valso la candela. Ma la paura non è mai buona consigliera e soprattutto non permette di crescere. Questa opportunità che ci viene offerta è un banco di prova e lo stesso decreto ministeriale cita testualmente "... le attività di sperimentazione devono essere considerate come una componente qualificante dell'attività assistenziale ...", intravedendo la possibilità di una crescita culturale dei medici del territorio, ottenibile non solo attraverso i programmi di ECM, ma anche attraverso queste attività di sperimentazione. In fondo è anche quello che è successo in Inghilterra, Belgio, Germania, dove ormai da oltre 10 anni i medici di base, svolgono sperimentazioni, con ottimi risultati. Allora chi vuole sfruttare l'opportunità, inizi a lavorare e probabili-

### INGREDIENTI

LITHOTHAMINION CALCAREUM (a titolo noto di Calcio), Vitamina D3 (espressa come colecalciferolo).

### CONFEZIONE ORIGINALE DI VENDITA

7 bustine solubili da 5,3

### MODALITÀ D'USO:

Una bustina al giorno secondo necessità, salvo diversa indicazione. Aggiungere circa 50 cc di acqua naturale o latte al contenuto di una bustina mescolando adeguatamente. E' possibile dolcificare

### INFORMAZIONI NUTRIZIONALI

Il contenuto di una bustina apporta: Valore energetico Kcal 20,55 Kj 85,65 - Proteine (Nx6,25) g 0,89 Carboidrati g 1,10 - Grassi g 1,39 - Calcio g 0,500 (62,5% RDA) - Vitamina D<sub>3</sub> mcg 2,5 (50% RDA)

Sede Operativa: Via Provinciale per Riposto, 161/163 95020 Scilichenti fraz. di Acireale (CT)

Tel. 095 872032 Fax 095 872036 www.arfarm.it e.mail: arfarm@arfarm.it



Uno dei timori più frequenti espressi dai genitori riguardo le vaccinazioni è causato dall'aumentato numero di vaccini ricevuti contemporaneamente dai propri figli. A generare questa preoccupazione è il pensiero che il sistema immunitario infantile

non sia sufficientemente sviluppato per poter rispondere adeguatamente ai vaccini e che questi possano così indebolirlo o addirittura sopraffarlo, soprattutto quando se ne somministrano molti assieme. E', quindi, importante fornire le basi per una risposta chiara e documentata a questi dubbi. Nell'articolo sottospacificato viene calcolata la capacità teorica di risposta agli stimoli infettivi.

Con semplici operazioni

basate sul numero di linfociti B circolanti, sulla loro capacità di produzione di anticorpi

## Vaccini somministrati contemporaneamente: un problema?

e sulla concentrazione anticorpale necessaria per un'efficace risposta immunitaria, viene dimostrato come, anche quando 11 vaccini sono somministrati simultaneamente, sia impegnato meno dello 0.1% del sistema.

Inoltre, anche se i bambini, secondo gli attuali schemi vaccinali, vengono immunizzati contro un maggior numero di malattie, con i vaccini usati oggi essi sono in realtà esposti ad un minor numero

di antigeni rispetto agli anni '80 (in gran parte dovuto all'utilizzo del vaccino acellulare contro la pertosse). La revisione dei dati concernenti i vaccini, singoli o multipli, ricevuti alla nascita e durante i primi mesi di vita, e di quelli riguardanti

le somministrazioni a bambini affetti da immunodeficienze o da malattie acute di lieve o moderata gravità (infezioni delle prime vie aeree, otiti medie, diarree) conferma che il sistema immunitario infantile è ampiamente capace di una risposta adeguata agli stimoli che derivano dalle vaccinazioni.

Fonte:  
Paul A. Offitt et al  
Pediatrics 2002;  
109: 124-129

I cortisonici inalatori sono divenuti la terapia fondamentale dell'asma infantile. Alcuni ricercatori del Kentucky hanno seguito un gruppo di 62 bambini (età media 11.6 anni) con asma moderato-severo, che sono stati trattati con fluticasone propionato per via inalatoria per 8 mesi, per verificare gli eventuali effetti sul livello di cortisolo. Dopo 3 mesi di terapia continuativa, effettuata mediante spray forniti di distanziatore, I livelli basali di cortisolo sono risultati abnormemente bassi (inferiori a 5.5 mg/dl) nel 36% dei soggetti, compreso uno dei 6 bambini trattati con basse dosi di cortisonico (176 mg/die) e compresi 12 dei 28 bambini trattati invece con alte dosi (> 880 mg/die).

In 17 bambini con livelli anormali di cortisolo è stata modificata la terapia, diminuendo la dose del fluticasone o passando ad altro corticosteroide: 13 di loro ritornarono a valori normali di cortisolemia.

## Cortisonici inalatori e cortisolemia

### Commento:

come evidenziato dalle linee-guida del National Institutes of Health, è opportuno un attento monitoraggio dei pazienti che utilizzano costantemente cortisonici inalatori utilizzando la minima dose efficace. Se le basse dosi di cortisonici non ottengono il controllo dell'asma, si dovrebbe ricorrere ad altre strategie terapeutiche invece di aumentare la dose.

Fonte :  
Pediatrics, febbraio 2002;  
109: 217

Poco noto e' l'effetto sui capelli prodotti dai farmaci anticonvulsivanti. La percentuale dei soggetti con perdita di capelli nel corso del trattamento con Acido Valproico e' del 12%, e raggiunge anche il 28% nei pazienti che assumono alti dosaggi del farmaco. L'incidenza di alopecia provocata dalla Carbamazepina e' inferiore al 6%. L'interruzione della terapia o la riduzione del dosaggio porta quasi sempre a completa ricrescita dei capelli.

## Perdita di capelli con farmaci anticonvulsivanti

Fonte : Mercke Y et al,  
Ann Clin Psychiatry 2000; 12: 35-42

