

note di cultura per il pediatra

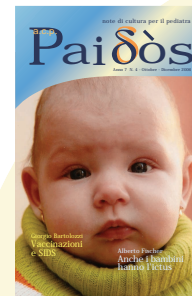
a.c.p.
Paiδòs

Anno 7 N. 4 - Ottobre - Dicembre 2006



Giorgio Bartolozzi
Vaccinazioni
e SIDS

Alberto Fischer
Anche i bambini
hanno l'ictus



Rivista Paidòs

Direttore responsabile
Francesco La Magna

Direttore
Antonino Gulino

Vicedirettore
Maria Libranti

Comitato Scientifico
Giorgio Bartolozzi
Alberto Fischer
Lorenzo Pavone
Gino Schilirò

Responsabile
di redazione
Francesco Privitera

Comitato di redazione
Filippo Di Forti
Vito Marletta
Salvatore Spitaleri

Collaboratori

Giusy Germenia
Adriano Fischer
Angelo Milazzo
Francesco Bellia
Sergio Sambataro
Giuseppe Mazzola

C.D. Ass. Culturale Paidos *

Alberto Fischer
Salvatore Bonforte
Rosario Bucchieri
Filippo Di Forti
Antonino Gulino
Maria Libranti
Lidia Luglio
Vito Marletta
Giuseppe Mazzola
Gino Miano
Giuseppe Patanè
Francesco Privitera
Salvatore Spitaleri

Segreteria e Grafica

ASC Europromo
Tel 347 7792521
Fax 095 7571514
redazione.paidos@tiscalinet.it

Stampa

Eurografica La Rocca
Riposto (CT)
Tel. 095 931661 - 095 9700035
info@eurograficalarocca.it

Questo periodico è distribuito
gratuitamente ai pediatri

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

EDITORIALE

Saldi di fine anno

di Antonino Gulino

La fine di un anno è sempre tempo di bilanci, non solo economici ma soprattutto professionali, inevitabilmente ci si volta indietro per capire dove e perché si è sbagliato, si prova a valutare senza troppa benevolenza il nostro quotidiano operare, ci si chiede se siamo riusciti a cambiare qualcuna delle tante nostre cattive abitudini.

Il 2006 è stato un anno ricco di soddisfazioni, la nostra rivista nonostante le difficoltà di vario genere da quelle economiche a quelle ... ortografiche, ha provato a continuare a dare il suo piccolo contributo di aggiornamento, senza enfasi né ambizioni accademiche, cercando di ritagliarsi uno spazio tra le tante riviste sparse sulle nostre scrivanie. La nostra associazione culturale, la Paidos, ha cercato di offrire eventi vicini alle nostre esigenze di pediatri del territorio, facendo conoscere qualche esperto collega, magari pronto a darci qualche aiuto quando dobbiamo affrontare casi particolarmente impegnativi. La nostra Azienda, in particolare l'Unità operativa di Formazione ci è stata molto vicina, rendendoci più agevole l'organizzazione e l'accreditamento dei nostri incontri.

Il nuovo governo ci ha regalato, oltre a tanti nuovi balzelli e a qualche nuova trappola burocratica, una proroga di sei mesi al programma di Educazione Continua in Medicina, in attesa di una nuova regolamentazione.

Ho chiuso il mio editoriale precedente, paventando l'avvento di crediti inutili, in verità non si prospettano novità di rilievo, l'aggiornamento medico rischia di essere imbrigliato in infinite norme burocratiche, dimenticando il suo fine ultimo, il miglioramento dell'assistenza sanitaria.

Le varie proposte che emergono dai mass-media tendono a sottolineare l'obbligatorietà da parte dei medici di essere sempre aggiornati, dimenticando che ogni progetto educativo si deve fondare sulla volontarietà, sull'impegno di chi si sente medico in grado di operare secondo scienza e coscienza.

Lo stato, le regioni, le aziende sanitarie hanno il dovere di evidenziare i punti critici del nostro sistema assistenziale, di formulare obiettivi condivisi, di fornire strumenti idonei all'aggiornamento, ma la metodologia per realizzare cambiamenti reali, spetta a chi è l'attore principale dell'assistenza, al medico ed a tutti gli operatori sanitari. Credo che le iniziative che nascono da realtà piccole ma omogenee (distretto, azienda) possono aiutarci a migliorare il nostro operare, magari ponendoci di fronte a obiettivi semplici ma importanti, dalla scelta farmaceutica a quella diagnostica. La metodologia può sembrare banale, ma credo che un progetto che si fondi su un'attenta lettura delle news scientifiche, su un rapporto coordinato e continuo con le diverse realtà pediatriche, università, ospedale, territorio, completato dalla realizzazione di lavori scientifici di tipo osservazionale-epidemiologico servirebbero molto di più rispetto ai tanti crediti offerti in liquidazione in tanti, troppi, ambiziosi congressi medici.

SOMMARIO

- 3 Editoriale
 - 4 L'angolo di
Giorgio Bartolozzi
 - 6 Anche i bambini
hanno l'ictus
 - 8 Lo shock nel
bambino
 - 9 A proposito di:
Distrofia Musco-
lare
 - 10 Il timing
ortodontico
 - 12 A denti stretti
 - 16 L'allergonauta
 - 17 Lo stupidiatra
 - 18 Basta un poco di
zucchero
 - 19 Pediatri
tra le stelle
 - 20 Pillole
di endocrinologia
 - 22 News dalla rete
- ### RUBRICHE
- 11 Digiamocelo
 - 14 Cinema
e pediatria
 - 14 Faber
 - 15 Recensioni
 - 21 Il sito consigliato
da G. Mazzola

Copertina
(foto di M. Libranti)

L'esercito dei detrattori delle vaccinazioni ha fatto un nuovo proselite.

La dott.ssa Zinka dell'Istituto di Medicina Legale di Monaco rivela in una lettera come i dati autoptici di tre bambini ne collegano la morte alla vaccinazione con esavalente.

Vaccinazioni e SIDS

Circa sei anni fa suscitò molta attenzione la notizia di sei bambini morti, tra il 2001 ed il 2004, dopo 24-48 ore dalla somministrazione di vaccino esavalente, con un rapporto di 5 a 1 tra un esavalente (Hexavac) e l'altro (Infarix Hexa).

L'EMEA è tornata più volte sull'argomento, senza tuttavia raggiungere una conclusione etiologica e patogenetica convincente. I casi sono stati segnalati in Austria e in Germania, ed i decessi non hanno avuto le caratteristiche della SIDS, dalla quale si discostano per i rilievi autoptici. Va ricordato anche che ufficial-

mente a questi primi sei casi, sono seguite altre segnalazioni, mentre la vaccinazione con esavalente ha avuto una sempre maggiore diffusione ed applicazione.

Si pensi che in Italia solo per i nuovi nati ne vengono fatte ogni anno circa un milione e mezzo di dosi. Anche su *Vaccine* si è tornati a parlare di questo problema in seguito ad una lettera della dott.ssa Blinda Zinka dell'Istituto di Medicina Legale di Monaco, presso il quale sono state fatte le autopsie dei bambini. Nella lettera di Blinda Zinka pubblicata da *Vaccine* (24:5779-80,2006)

di Giorgio Bartolozzi



viene riportato che dopo attenta valutazione dei reperti micro e macroscopici dell'autopsia, attenzione andava posta sulla possibilità che si tratti di un grave effetto collaterale alla vaccinazione.

Pur rimanendo, comunque, incerta tale correlazione, la dott.ssa Zinka

e collaboratori sottolineano quanto sia importante informare medici vaccinatori, pediatri e genitori.

Inspiegabilmente gli autori consigliano di utilizzare, al posto dei vaccini esavalenti, i vaccini pentavalenti, che, secondo loro, sono associati a minori complicazioni. Ricordando come in commercio esistono diversi pentavalenti (senza HBsAg o senza Hib) tale generica affermazione non ha alcun valore pratico. Inoltre le affermazioni della Zinka hanno ricevuto dopo alcuni mesi (*Vaccine*, 2006, 24:5781-2) clamorose note di protesta da parte di Schmitt (Germania), Salmaso (Italia), Siegrist (Ginevra), Law (Canada) e Booy (Australia).

La lettera della Zinka non riesce a motivare le proprie affermazioni con prove scien-



tificamente valide e viene attaccata per errori sul piano immunologico, anatomo-patologico, immunologico, allergologico statistico, etico e sociale. Il dott. Von Kries in *Vaccine* (2006;24:5783-4) sulla base dei dati a disposizione esprime forti riserve sulle affermazioni della Zinka, aggiungendo che le deduzioni della collega non giustificano le informazioni intimidatorie ai medici dedicati alle vaccinazioni, ai pediatri ed ai genitori, come non giustificano i consigli a passare al vaccino pentavalente.

Cosa trarre da tutto questo clamore? I vaccini combinati (esavalenti in prima fila) reggono bene alle critiche. Il ritiro di uno



dei due dal commercio non ha nulla a che vedere con le affermazioni della Zinka. Ciò, tuttavia, non ci deve esimere dall'abbassare la guardia nel vigilare costantemente sugli effetti collaterali, pronti a rilevare un qualsiasi evento sfavorevole in grado di permetterci di modificare schedule o vaccino.

Nella storia della vaccinazione abbiamo incontrato molti detrattori: dal famoso Wakefield, che avrebbe scoperto un rapporto tra autismo e vaccinazione MMR alla recente dott.ssa Zinka, tuttavia è ineludibile l'epocale viraggio in dissolvenza che hanno subito molte gravi malattie infettive con l'introduzione e la diffusione delle vaccinazioni, tanto da farci guardare con molto scetticismo chi improvvisamente inalbera la bandiera dell'antivaccino.



L'ictus non è un'esclusiva dell'adulto, ed il pediatra deve sapere che anche il bambino può esserne vittima.



Anche i bambini hanno l'ictus

di Alberto Fischer

Non è vero che alcune malattie risparmiano l'infanzia. La loro bassa frequenza non deve indurre il pediatra a misconoscerle. Così l'ictus cerebrale che ha un'incidenza nell'età pediatrica di 3-8 casi/100.000/anno. Certo ben lontano dai 200 casi/100.000 dell'adulto, ma è quasi 1 caso che può essere diagnosticato in un'area dove insistono 10 pediatri (con massimale).

Le cause più frequenti sono le cardiopatie e le arteriopatie, ma nelle nostre zone v'è da stare attenti ai bambini affetti da drepanocitosi, che possono avere nel 10% dei casi almeno uno stroke prima dei vent'anni. Anche le infezioni possono

essere in causa, attraverso una vasculopatia direttamente o indirettamente legata all'agente infettivo.

Numerosi studi mettono sotto accusa il virus VZ, il Mycoplasma ma anche lo Str. Pyogenes. I traumi, poi, anche banali, possono favorire una dissezione arteriosa e quindi il danno cerebrale ischemico o emorragico.

Malattie autoimmuni come il LES, con o senza presenza di anticorpi antifosfolipidi (che se presenti da soli costituiscono la

sindrome da anticorpi antifosfolipidi) si accompagnano anche a fenomeni trombotici, i quali spesso complicano la sindrome nefrosica.

In fine non sono da sottovalutare anche alcune situazioni genetiche trombofiliche legate a deficit di proteine inibitrici della coagulazione (gruppo 1) o da un eccesso di proteine procoagulative (gruppo 2). E' molto raro che un'ischemia trombotica nel bambino possa esser legata ad un solo di questi difetti, ma nelle forme recidivanti è necessario tenerle in considerazione nelle procedure diagnostiche.

Ricordo tra tutte la mutazione V di Leiden, che ha la maggior prevalenza nelle trombofilie e determina una resistenza all'azione della proteina C. Va sempre cercata nelle trombosi che non hanno apparente spiegazione patogenetica.

Quali i segni di allarme? Innanzitutto nel bambino piccolo le convulsioni, senza febbre, complesse e di lunga durata. Infatti l'ischemia cerebrale, nel bambino al di sotto dell'anno, dà una risposta neurologica globale, mentre nel più grandicello le manifestazioni neurologiche tendono ad essere localizzate, focali e nella gran parte dei casi si evidenziano con mono- o emiplegie.

Attenzione a sottostimare la paralisi di Bell !!



Ma i sintomi possono essere anche più sfumati come una difficoltà improvvisa del linguaggio, che addirittura può arrivare in alcuni casi all'afasia, o l'emianopsia, o la riduzione parziale del visus. Cosa si deve fare? La diagnosi la si pone con la TC e, meglio ancora con la RMI, ma spesso occorre individuare le possibili cause attraverso panel di esami di laboratorio (emocromo, pcr, glicemia, colesterolemia, pt, ptt, fibrinogeno, dimeri del fibrinogeno, proteine C, S, AT III e fattore V di Leiden, sierologia per VZ, Mycoplasma, anticorpi antifosfolipidi, omocisteina ematica). L'iter delle neuroimmagini lasciamolo agli specialisti.

La terapia in età pediatrica non è codificata, essendo mutuata da quella sperimentata

nell'adulto. In fase acuta e nel neonato è preferibile l'uso dell'eparina ultrafrazionata che va fatta per via venosa (15 U/kg/die), mentre nei bambini più grandi si può ricorrere all'eparina a basso peso molecolare (1,5 mg/kg/die), tenendo conto che le singole eparine hanno caratteristiche diverse e non sono sovrapponibili. Per tutti e quando si deve prolungare la terapia anticoagulante è bene ricorrere anche, all'aspirina (3-5 mg/kg/die).

Nella tab.1 tutte le possibili cause dell'ictus infantile.



Tab.1 - Cause di stroke nell'infanzia

Malattie cardiovascolari	§§§§§	Cardiopatie congenite Cardiopatie embolizzanti Valvulopatie Aritmie Endocarditi infettive
Vasculopatie	§§§§§	Dissezioni vascolari Collagenopatie (LES, MICI, Takayasu) Malattia di MoyaMoya Vasculiti parainfettive (Varicella) Arteriopatia cerebrale transitoria
Traumi	§§§§§	Ortopedici Traumi chiusi del faringe Shaker baby syndrome
Malattie ematologiche	§§§§§	Drepanocitosi Malattie linfoproliferative
Trombofilie genetiche	§§§§§	Difetti di AT Difetti di proteina C (attività e antigene) Difetti di proteina S (libera e totale) Mutazione del F. V di Leiden Disfibrinogenemia Variante 20210A/lpeprotrombinemia S. da antifosfolipidi (anche acquisita)
Iatrogene	§§§§§	Cateterismo venoso centrale Angiografia cerebrale Interventi chirurgici Politrasfusioni Simpaticomimetici
Malattie infettive	§§§§§	Meningiti Ascessi cerebrali Disidratazioni gravi in corso di gastroenteriti
Malattie metaboliche	§§§§§	S. Di Fabry MELAS Omocistinuria Iperlipemia
Sindromi cromosomiche	§§§§§	S. di Down S. di Williams
Malattie renali	§§§§§	S. Nefrosica

Lo shock nel bambino

di Francesco Bellia

Lo shock è una sindrome a varia eziologia caratterizzata dall'incapacità del circolo a sopprimere alle richieste metaboliche di organi e tessuti, a causa di una inadeguata perfusione tissutale, e dall'impossibilità ad eliminare i prodotti del catabolismo cellulare.

Distinguiamo cinque tipi di shock diversi soprattutto per la presentazione iniziale. L'incapacità dell'organismo tramite il circolo a portare ossigeno ai tessuti, può essere dovuta ad un deficit di pompa (shock cardiogeno), perdita di liquidi (shock ipovolemico), anomalie delle resistenze vascolari (shock distributivo), restrizione del flusso (shock ostruttivo), inadeguato trasporto di ossigeno (shock dissociativo).

Classificazione clinica

Lo shock determina inizialmente un squilibrio, dapprima reversibile per danni funzionali, che può successivamente scompensarsi e diventare causa di danni anatomici irreversibili interessanti i vari organi ed apparati.

Nello shock in fase iniziale (compensato), la funzione degli organi vitali (cuore e cervello) è conservata attraverso una centralizzazione del circolo.

Segni quali, irritabilità, tachicardia, estremità fredde, moderato allungamento del tempo di refill capillare (normale < 2 secondi) e una pressione arteriosa ancora normale possono essere i primi segni di uno stato di shock.

L'aumento della frequenza cardiaca e delle resistenze periferiche, rendono subdoli i segni clinici di questa fase. Se non riconosciuto e trattato adeguatamente lo shock evolve pertanto in una fase di scompenso.

A causa della ridotta perfusione tissutale la principale fonte energetica diventa il metabolismo anaerobio con liberazione di lattati ed evoluzione verso l'acidosi metabolica.

Il paziente presenta cute fredda mazzata, alterazioni importanti dello stato di coscienza



(sopore, coma), riduzione della pressione arteriosa, riduzione della diuresi, tempo di refill capillare estremamente allungato.

Lo shock irreversibile è caratterizzato da un danno multiorgano, le alterazioni a carico di cervello, rene e cuore sono così importanti ed estese che l'evoluzione è infausta.

Valutazione e trattamento

Saper riconoscere un bambino con shock nella fase iniziale, significa modificare l'evoluzione infausta di questa sindrome. La raccolta di un'anamnesi accurata ci consente di conoscere le eventuali patologie pregresse aiutandoci nella gestione dello shock, ma non deve farci dimenticare l'urgenza del trattamento.

La valutazione dello stato di coscienza, ci consente di individuare i segni precoci di ipoperfusione cerebrale quali uno stato di agitazione o confusionale.

Alterazioni respiratorie possono essere un segno di acidosi metabolica, la tachipnea per esempio può rappresentare il tentativo di compenso che il bambino mette in atto per eliminare valenze acide, mentre la bradipnea è sempre un segno prognostico sfavorevole.

La presenza dei polsi centrali ma l'assenza di quelli periferici ci può indirizzare verso una fase severa dello shock; la contrazione della diuresi al di sotto di 1ml/Kg/min e/o un allungamento del tempo di refill capillare, rappresentano indici fedeli e affidabili di scarsa perfusione.

L'ipotensione è un segno tardivo che non bisogna attendere per iniziare il trattamento: il riscontro dell'ipotensione ci annuncia la fine dei meccanismi di compenso, messi in atto del bambino per tentare di mantenere una sufficiente perfusione.

La gestione dello shock nelle fasi iniziali è sempre lo stessa nei vari tipi di shock; garantire una buona ossigenazione, se necessario supportare il bambino con ventilazione meccanica, reperire un accesso vascolare e somministrare liquidi.

L'espansione del circolo deve essere ottenuta mediante la somministrazione di soluzioni cristalloidi o colloidali e mai con soluzioni glucosate.

Trattamento eziologico

Nello shock ipovolemico la somministrazione endovenosa di liquidi ed elettroliti spesso è sufficiente a risolvere l'ipoperfusione.

Lo shock settico viene scatenato da infezioni (spesso da germi Gram negativi) e mantenuto dalla esagerata risposta infiammatoria dell'organismo contro l'agente infettante. Il suo trattamento pertanto si avvale del supporto ventilatorio, di un adeguato apporto di liquidi e di

tropi in infusione continua e della terapia antibiotica.

Nello shock cardiogeno il compito fondamentale è quello di migliorare la gittata cardiaca con farmaci inotropi puri; la somministrazione di liquidi deve essere attentamente controllata.

Il trattamento dello shock ostruttivo è definito dal tipo di causa: pneumotorace, trombosi delle vene polmonari, tamponamento cardiaco, ecc..

Lo shock anafilattico è scatenato dall'attivazione di meccanismi IgE mediati, che possono comportare segni cutanei (orticaria, pomfi, edema) ma anche respiratori (edema della glottide, broncospasmo) e neurologici (segni di angoscia, ansia, panico).

Il trattamento, oltre all'ossigeno ed ai liquidi di espansione del circolo, si avvale dell'uso per via endovenosa di adrenalina. I cortisonici non sono utili nella fase acuta ma certamente trovano posto in quella di mantenimento.

Conclusioni

La diagnosi e il trattamento dello shock rappresentano una sfida per il medico d'emergenza, in quanto ancora oggi gravato da una mortalità importata.

Se è vero che quando parliamo di shock ci viene in mente una condizione di ipotensione è altrettanto vero che lo shock può essere già presente nel bambino con pressione normale. Il bambino presenta infatti una straordinaria capacità di compensare l'ipotensione attraverso la tachicardia e l'aumento delle resistenze periferiche. L'ipotensione è pertanto una caratteristica della fase tardiva dello shock, il suo riscontro, ci indica una condizione di estrema gravità difficile da far regredire.

Compito del medico d'emergenza è quello di diagnosticare e trattare lo shock nella fase iniziale, in modo da evitare la cascata di eventi che lo fanno precipitare verso la fase di scompenso, condizione caratterizzata da lesioni irreversibili ai vari organi ed apparati.

Nuovo supporto sociale e medico per i pazienti con Distrofia Muscolare

Per una iniziativa di 34 Soci fondatori, il 12 Novembre 2005 a Catania nasce la **Fondazione Umanitaria per le Malattie Muscolari in Eta' Pediatrica (FUMMEP)** che ha come unico obiettivo migliorare la qualità di vita dei piccoli pazienti affetti da malattie muscolari. Il presidente della FUMMEP è il Dott. Giuseppe Mangano e la sede è attualmente presso il Centro Ortopedico Siciliano, sito a Catania in Via Ventimiglia, 311.

Con il termine di "**malattia muscolare**" (MM) si intende una compromissione che coinvolge principalmente il tessuto muscolare scheletrico che è deputato al movimento del corpo umano. L'età di insorgenza è estremamente variabile dalla nascita all'età adulta anche se la maggior parte delle forme più comuni e ad esito infausto si presentano tra i 5 ed gli 8 anni di vita.

La causa per quasi tutte le MM è **genetica** il che significa che sono malattie che si trasmettono di generazione in generazione anche se in un quarto circa dei pazienti la malattia può esordire "de novo" cioè senza che vi sia nessun altro familiare affetto. I **segni di esordio** sono rappresentati da una **diminuzione della forza muscolare** e i sintomi che vengono riferiti dai genitori sono **frequenti cadute a terra, difficoltà a salire e scendere le scale** o rialzarsi dalla posizione supina (sdraiata).

Tra le MM esistono tante forme che vengono differenziate in base o all'esordio clinico o al deficit della forza muscolare o al decorso. La forma più grave ha preso il nome di "**Distrofia Muscolare di Duchenne**" con il quale termine si indica una forma che conduce irrimediabilmente ad una perdita della deambulazione verso i 12 anni. Questa forma esordisce tra i 3 ed i 5 anni e nell'arco di pochi anni porta il piccolo paziente a perdere la deambulazione autonoma. Ma accanto a questa forma esistono altre Distrofie Muscolari talmente lievi nella loro espressione clinica che i segni clinici possono essere apprezzati da occhi esperti anche dopo i 40 anni di vita. Per tale motivo risulta **INDISPENSABILE** eseguire l'esatta **tipizzazione** della forma muscolare e quindi di poter eseguire un corretto **APPROCCIO DIAGNOSTICO**. Una volta posta la diagnosi di MM è fondamentale fare seguire con un corretto **follow-up** questi pazienti da una équipe multidisciplinare composta da un ortopedico, un pneumologo, un cardiologo, un fisiatra che possono correggere eventuali carenze funzionali dei vari organi vitali interessati dal processo degenerativo.

Inoltre oltre ad un corretto follow-up medico è importantissimo controllare l'**autonomia del paziente** e cercare di **migliorare la qualità di vita dei pazienti**. Per fare questo è utile coinvolgere una serie di figure professionali che coinvolgono l'assistente sociale o la psicologa.

Cercare di migliorare la qualità di vita di questi pazienti vuol dire soprattutto **sensibilizzare la cittadinanza** perché l'**indifferenza fa male**. Le nostre forze dovrebbero essere spese al fine di migliorare l'**integrazione scolastica e sociale** di tali pazienti.

Per una persona che presenta un qualsiasi tipo di disabilità motoria da quella grave a quella lieve è fondamentale sentirsi parte integrante del tessuto sociale di questa società che al contrario molto spesso tende a rimarcare i cosiddetti normali dai diversamente abili. La FUMMEP offre ai piccoli pazienti un supporto multidisciplinare non solo medico ma legale, fiscale e sociale. Per tale motivo sono stati creati dei Comitati Esecutivi (Medico-Scientifico, Affari Legali, Attività Produttive, Servizi Sociali ed Relazioni con pubblico) che si interfacciano reciprocamente. L'aspetto medico è curato dal Dott. Falsaperla che insieme al Prof. Minetti, Direttore del Dipartimento di Neuroscienze del Gaslini di Genova, selezionano i casi più particolari per poter applicare terapia farmacologica anche se ancora sperimentali.

Da segnalare che l'ambulatorio di malattie neuromuscolari dell'Azienda Policlinico di Catania, di cui è il responsabile il Dott. Raffaele Falsaperla, è stato segnalato tra i 19 centri italiani consigliati dalla Associazione Italiana di Miologia (www.miologia.it). La Fondazione ha un sito web e l'indirizzo di posta elettronica. Il numero telefonico è il 3381638392. Uno dei punti principali della FUMMEP è quello di costituire un punto di riferimento assistenziale multidisciplinare e sociale non solo per tutti gli operatori del settore ma per tutti i familiari nel comune interesse dei pazienti. (n.d.r.)

Il timing ortodontico

di Sergio Sambataro

La semantica e la nomenclatura sono aspetti fondamentali che riguardano tutte le professioni; l'interpretazione errata di alcuni termini può a volte creare confusione e difficoltà nella comunicazione. Precoce e tardivo (tradotti dall'inglese per indicare rispettivamente "early e "late") sono lemmi utilizzati nel campo ortognatodontico che indicano in modo vago ed equivocabile il momento di inizio della terapia. Precoce, dal latino *praecox*, significa letteralmente "cotto prima" ed in genere indica qualcosa che avviene prima di quando sia necessario o utile. Tardivo, dal latino *tardivus*, si usa per indicare un'azione che giunge oltre il tempo stabilito.

Analizzando la letteratura sembrerebbe che Angle e Case abbiano stabilito il meridiano 0° di Greenwich in ortodonzia. Il primo classificava i trattamenti in base alla fase di dentizione, indicando come molto precoci quelli effettuati in dentatura decidua (3-6 anni), precoci quelli in dentatura mista (7-11 anni) e tardivi quelli in dentatura permanente (12 anni in poi). Case era convinto che la terapia in dentatura decidua o mista era soggetta a recidiva e quindi inutile. Dopo (1929) l'introduzione della tecnica "Edgewise", attualmente utilizzata, l'orientamento della professione fu sicuramente quello di cominciare la terapia quando il secondo molare inferiore era presente in arcata (12 anni). Questa regola non ha alcuna base scientifica, ma un'utilità puramente tecnica: avere tutti i denti permanenti a disposizione su cui poter applicare l'apparecchio ortodontico. Eppure il dogma di cominciare la terapia ortodontica a 11-12 anni si è radicato così profondamente tra i dentisti che c'è ancora, dopo più di 70 anni, qualche scettico che rimanda, anche solo per una visita, il paziente a permuta dentaria avvenuta (12 anni).

Attualmente è ormai quasi universalmente accettato che intervenendo nei piccoli pazienti si possa beneficiare della crescita utilizzandola a vantaggio della terapia. Cambiare la forma, se patologica, migliora tutte le funzioni dell'apparato stomatognatico: respirazione, deglutizione, masticazione e fonazione. E' da tutti condiviso che l'epoca migliore per la terapia della Classe III (protrusione mandibolare) è dai 3 ai 6 anni, in dentatura decidua. Ancora discordanti invece sono i pareri sul momento d'intervento per il trattamento della Classe II (protrusione del mascellare superiore). Alcuni Autori preferiscono cominciare durante il picco puberale in modo da avere il massimo della crescita nel minor tempo possibile. Altri, invece, preferiscono intervenire ancor prima, sfruttando così tutti i benefici della crescita (visto che a tre anni lo sviluppo della testa raggiunge già il 70% ed incrementa del 10% ogni 5 anni). Molto spesso, gli interventi ortopedici eseguiti in età prepuberale sono brevi e ben tollerati dai piccoli pazienti.

A volte però le malocclusioni si autocorreggono, alcune caratteristiche sono da considerarsi fisiologiche a tre anni e patologiche nell'adulto, come la

protrusione del mascellare superiore, per esempio. Quindi, forse, il rifiuto di alcuni di trattare precocemente è dettato dalla mancanza di risposte sul ruolo della crescita nelle malocclusioni.

La previsione di crescita

Agli inizi degli anni '50 Ricketts mise a punto una tecnica di previsione di crescita facciale eseguita su tracciati cefalometrici di teleradiografie latero-laterali del cranio scattate in sequenza progressiva durante il trattamento ortodontico. In tal modo si riusciva a prevedere anche l'esito della terapia, ampliando le conoscenze sulle possibilità di intervento.

Negli anni '60 venne introdotto l'uso del computer e vennero studiati 40 casi non trattati con crescita eumorfica seguiti dai 5 ai 13 anni. Qualche anno più tardi un altro studio, reso disponibile da McNamara dell'Università del Michigan, effettuato su un campione di 50 soggetti in crescita non trattati, seguiti per un periodo di 10 anni, confermò la ricerca precedente. Negli anni a seguire colleghi di tutto il mondo verificarono la bontà di questo metodo e furono introdotte norme cliniche diversificate per sesso, età e razza. Nel 1990 altri 133 casi furono studiati per migliorare l'affidabilità e la predicibilità dei risultati.

Dopo più di 50 anni dalla sua introduzione si può affermare che la previsione di crescita è attendibile nel 90% dei casi, il restante 10% non deve essere considerato un fallimento della tecnica ma un campanello di allarme per quei casi che si trovano agli estremi della curva di distribuzione gaussiana; il monitoraggio attento e scrupoloso evidenzia questi casi con crescita "anormale", che rispondono con maggiore difficoltà alle terapie convenzionali. Tutto ciò si traduce in una individualizzazione della pianificazione di trattamento, dei tempi di intervento e delle modalità terapeutiche adoperate.

Quindi visitando i pazienti all'età di 5 anni riusciamo mediante questa tecnica a classificare i pazienti in due categorie:

- < Crescita eumorfica
- < Crescita dismorfica

I soggetti appartenenti alla prima categoria vengono rimandati a controlli semestrali fino all'età di 11-12 anni, a permuta avvenuta, per decidere, d'accordo con i genitori, se allineare i denti. Per gli altri la necessità di intervento è assoluta: alterazioni scheletriche come la protrusione mascellare, o mandibolare, o ancora il morso incrociato, sono priorità che solo interventi ortopedici eseguiti in tenera età (5-8 anni) possono correggere in maniera definitiva, evitando così interventi di chirurgia maxillo-facciale (eleggibili a crescita ultimata).

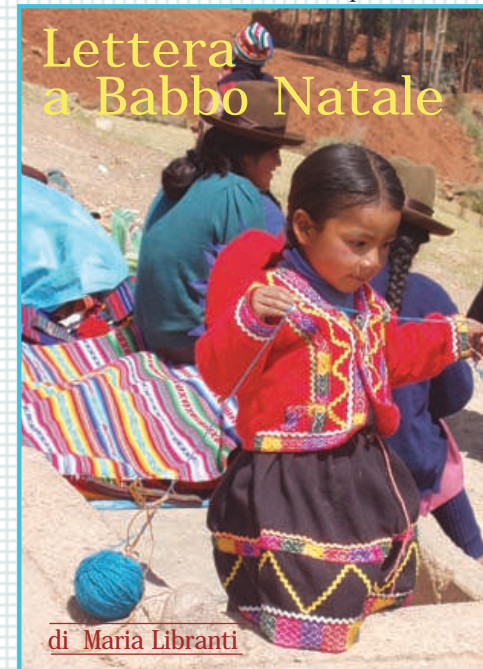
A nostro avviso pertanto, la previsione di crescita a lungo termine, la visualizzazione degli obiettivi del trattamento e l'analisi delle sovrapposizioni sono ausili validi per il clinico imprevedibili per il raggiungimento degli obiettivi sia durante il processo diagnostico-prognostico che terapeutico.

DI GIAMOCELO...

Non è facile, ma ci proverò. Anche se "l'orgia natalizia" – quella dei panettoni farciti (che orrore!) e dei torroni, dei regali 'per forza' e dei 'parenti serpenti', dei cenoni pantagruelici e delle bustine di Biochetasi... – ha già oleato i suoi ingranaggi e comincia a generare inutili frenesie e sprechi indecorosi, tenterò di ritornare indietro nel tempo e di rammentare insieme a voi il Natale da bambini, forse l'unico veramente pervaso da quella magia e da quella meraviglia che solo i piccoli sono in grado di cogliere.

La gioia per i doni (assai meno tecnologici e più autenticamente desiderati) non era meno intensa delle emozioni che li precedevano: la visita ed i regali alle famiglie meno fortunate, lo zampognaro che per le strade e dinanzi ai presepi intonava le sue nenie, la letterina a Babbo Natale piena di buoni propositi e carica di promesse oltre che di richieste non (solo) materiali (la buona salute per i propri cari, la soluzione di un affanno, l'auspicio di diventare migliori etc...).

Ma sopra tutti era lui, affabile e misterioso, il mitico protagonista dei nostri sogni natalizi: imponente, autorevolissimo e bianco, Babbo Natale era accolto con tutti i riguardi, compresi il cuore in gola e le ginocchia di burro. L'emozione era tale che mi è rimasta impressa a dovere, e il rievocarla, anche a parecchi lustri



di distanza, non è impresa così ardua; più difficile è ritrovare la purezza di cuore di allora, messa a dura prova – *digiamocelo!* – dal passare degli anni e dai percorsi, spesso tortuosi, della vita.

Cosa chiederei oggi a Babbo Natale, da "disincantata-pediatra-di-campagna" quale sono divenuta, se avessi ancora la tenace volontà di mantenere i buoni propositi e la fiducia incondizionata nei sogni che si avverano di quando ero bambina?

Comincerei, come impone quel pò di "pudore" che ogni letterina richiede, con i buoni propositi:

- prometto che non prescriverò più antibiotici inutili, benché atterrita dall'idea di affrontare una mamma convinta del contrario;

- resisterò alla tentazione di ricusare la metà dei miei assistiti ogni lunedì mattina;

- non cederò ai mucolitici e alla richiesta di plantari ortopedici;

- cercherò con più attenzione quei 7 ce-liaci che mancano all'appello della statistica (l'incidenza è dell'1% ed io ne ho accertato un solo caso su 800 assistiti);

- presterò più attenzione ai segnali di disagio familiare e troverò soluzioni più efficaci che non si concludano con sterili invettive contro gli assistenti sociali;

- proverò ancora di più – questa sì che è dura! – a solidarizzare con le colleghe (ma perché tra donne è così difficile?) convinta come sono che l'unione sia il primo indispensabile passo per progredire in qualunque direzione.

Proseguirei poi con i regali agognati e le richieste inesaudibili:

- vorrei che gli otorini smettessero di scrivere VES TAS e PCR ogni volta che vedono due tonsille ipertrofiche e di prescrivere diaminocillina alla minima variazione del titolo antistreptolisinico;

- desidererei – questo è troppo, lo so – che il collega più bravo, quello "a pagamento", non mi modificasse inutilmente le terapie con farmaci analoghi;

- vorrei e, rabbrivido per tanta sfrontatezza, che si trovasse il modo, senza ricorrere all'influenza aviaria o allo tsumani, – ché così non vale – di "sbloccare" la grave stasi delle zone carenti;

- o Ed infine, caro Babbo Natale:

- potranno mai cessare le prescrizioni ospedaliere che prevedono la somministrazione di "1/2 fiale di Rocefin da 1 gr" dopo un qualunque intervento operatorio?

- *Last but not least*, che ne dici di farla finita con la "raccolta punti" di credito?

E' Natale! Fatemi sognare.



Il nostro lavoro è spesso confronto con colleghi di altre specialità, mi è sembrato utile provare a sintetizzare con l'aiuto di Sergio Sambataro, ortodontista, quali sono le domande più frequenti che ci vengono poste dai genitori dei nostri pazienti in merito a problemi ortodontici.

G.: A che età è consigliabile una visita ortodontica?

S.: Una prima visita ortodontica specialistica è consigliabile fra i 3 ed i 6 anni di età. Una crescita disarmonica delle basi ossee o un'alterata funzione dell'apparato stomatognatico (masticazione, respirazione, deglutizione) può essere corretta, se intercettata precocemente, e trattata più efficacemente e più semplicemente durante questo periodo della crescita. Una malocclusione, anche in fase di dentatura da latte, può essere il segno di una disarmonia dento-scheletrica.

G.: Come viene effettuata una diagnosi e stabilito se è necessario intervenire a 5 anni o rimandare quando vengono cambiati tutti i denti (11-12 anni)?

S.: La diagnosi viene eseguita mediante:

- una visita, che non si limita a valutare la bocca e la posizione dei denti, ma svolge un'analisi approfondita del viso, della muscolatura, delle articolazioni temporo-mandibolari e dei denti. Tutti i diversi elementi devono essere indagati e posti in correlazione per formulare una diagnosi e prospettare al paziente la migliore risoluzione;

- set radiografico che permette di

valutare i denti, le basi scheletriche e le articolazioni temporo-mandibolari;

- record fotografico per l'analisi del volto;

- rilievo di impronte dei denti e successiva realizzazione di modelli di studio.

L'insieme di queste informazioni serve per formulare una diagnosi (condizione iniziale), e una prognosi, e cioè di prevedere la crescita mediante un sofisticato programma computerizzato, che tiene conto di parametri individuali, oltre al sesso, età e razza, e di pianificare un piano di trattamento *ad hoc*.

G.: Quali sono gli obiettivi di un trattamento precoce in età compresa fra 5 e 8 anni?

S.: In tutti quei pazienti in cui si è stabilita una reale indicazione, una terapia ortodontica precoce offre molte opportunità:

- guidare la crescita dell'osso mascel-

lare e della mandibola;

- ampliare il palato nel caso di morso incrociato;

- correggere l'eccessiva protrusione del mascellare e degli incisivi superiori e ridurre così il rischio di trauma degli elementi stessi (profilo convesso, classe II);

- correggere la retrusione del mascellare e la protrusione della mandibola (profilo concavo, classe III);

- eliminare i problemi legati ad abitudini viziate (succhiamento del dito, interposizione tra i denti della lingua, interposizione tra i denti del labbro inferiore, respirazione orale, fonazione non corretta);

- favorire una corretta eruzione dei denti permanenti;

G.: Quali sono gli obiettivi del trattamento intercettivo in età compresa tra i 9 e i 12 anni?

S.: Se il bambino ha una crescita sche-

letrica regolare ed armonica l'attenzione verrà rivolta alla permuta: si valuta lo spazio disponibile per i denti permanenti lungo le arcate e si pianificano gli eventuali interventi per guidarne il percorso eruttivo.

Terminata la permuta dentaria si valuta la necessità di una fase di allineamento e correzione dei rapporti per consolidare l'occlusione.

G.: Quali sono gli obiettivi di un trattamento ortodontico in un paziente adulto?

S.: Quando vi è una congruenza tra le basi scheletriche, gli obiettivi sono l'allineamento dei denti e il miglioramento del profilo. Se, invece, vi è una disarmonia scheletrica allora questa va corretta chirurgicamente e contemporaneamente al raddrizzamento dei denti.

G.: Fino a che età può essere messo l'apparecchio?

S.: L'apparecchio finalizzato alla correzione della posizione dei denti può essere messo a qualsiasi età. Se è necessario avere un'influenza sulla crescita dei mascellari allora la risposta è più precocemente possibile (3-5 anni).

G.: Perché a volte è necessario eliminare i denti sani?

S.: I denti si allineano lungo le arcate e si assestano in funzione delle forze muscolari e dello spazio che hanno a disposizione.

Talvolta, però, la lunghezza di arcata non è sufficiente ad ospitare tutti i denti. Solitamente gli ultimi denti che erompono non riescono ad allinearsi correttamente e si dispongono dove trovano minore resistenza: tipici sono i canini che erompono alti ed esterni o i denti del giudizio che rimangono inclusi nell'osso per mancanza di spazio.

Se si vogliono allineare i denti nelle arcate ripristinando una buona occlusione e non è possibile un'espansione di arcata, si rende necessaria l'estrazione di elementi dentari che spesso sono perfettamente sani (di solito i premolari).

Intervista a Sergio Sambataro A denti stretti



di Antonino Gulino

di Antonino Gulino

Il vento che accarezza l'erba
di Ken Loach

Il periodo natalizio è un momento molto atteso da esercenti e distributori cinematografici per proporci film di sicuro successo, indirizzati ad un pubblico desideroso di svago e di divertimento, è bandita ogni opera di possibile impegno sociale, il target è passare due ore di "sano divertimento con i propri figli".

Facendo il pediatra di mestiere e forse per vocazione, mi chiedo se i nostri figli hanno voglia di farsi due risate con l'ausilio dei soliti comici o dell'immane cartone animato o piuttosto non avrebbero bisogno di un genitore finalmente disponibile ad ascoltarli o semplicemente a giocare con loro.

Quando i figli sono adolescenti la situazione si complica, meglio regalare un nuovo telefonino o provare a comunicare con questo ragazzo già grande che blocca ogni tentativo di intrusione nella propria privacy con l'ausilio di due cuffie collegate all' mp3. Un consiglio assolutamente interessato: provate a portarlo al cinema, ma evitate i film di cui sopra, sorprendetelo con un film intelligente, magari noioso, ma diverso dall'offerta televisiva, rischierete di trovarvelo tutto il tempo della proiezione a *messaggiare* o ancora peggio vi potrebbe mettere in crisi con un impossibile quesito esistenziale.

Se avete deciso di correre il rischio cercate nelle sale l'ultimo film di Ken Loach, *Il vento che accarezza l'erba*, un'opera magnifica che pone degli interrogativi etici e morali profondi, che ha il coraggio di parlare di sentimenti autentici, di famiglia, di ideali, di rigore morale e intellettuale.

L'autore ci parla della guerra di indipendenza combattuta dagli irlandesi per affrancarsi dall'Inghilterra, attraverso le drammatiche vicende di due fratelli Damien e Teddy. Descrive l'orgoglio di un popolo pronto a tutto pur di affermare la propria identità nazionale, ma parla soprattutto degli ideali di un gruppo di giovani capaci di vivere senza compromessi.

Un'opera certamente lontana dalla nostra quotidianità, da una società fondata sul trasformismo, ma che può aiutare a ribellarci al mal costume dilagante e spingerci a dare ai nostri figli quello che forse non riusciamo più a dare: il buon esempio, la coerenza, la forza di scegliere la strada più difficile anche se meno comoda.



Faber

Fabrizio de André: un amico fragile di Adriano Fischer

Non a tutti piace! O meglio non a tutte le età! Rientra fra quei cantautori per cui occorre avere una maturità musicale che non si può avere, certamente, a 16 anni quando l'orecchio è imbastardito dalla musica commerciale, dai jingle. Dietro la musica c'è un mondo, quasi una dimensione parallela!

Le canzoni, ora, sono semplici operazioni commerciali, direi dei condimenti fatti di spezie e sali grazie ai quali si diventa non golosi ma solo più ingordi; come quando si va al ristorante si ordina un buon piatto di pasta gremito di così tanto sale ed aromi che hai bisogno di una cisterna d'acqua per scordarli. Alla fine ci si disseta ma si è perso il sapore della pasta!

Non a tutti piace! Non a tutte le età! "Faber" così ricordato dagli ammiratori. Fabrizio de André così ricordato dall'anagrafe!

Io a 16 non lo conoscevo, a 18 non lo sopportavo, a 20 l'ho imparato a conoscere, a 22 l'ho amato, a 30 ne ho fatto un punto di riferimento!

Non canta amori passati, né abbandoni, conquiste o primi amori, canta "socialmente".

Le canzoni da lui scritte ed interpretate sono la voce di emarginati, ribelli e diseredati, la voce di chi crede nel pensiero cristiano come dimensione di primitiva fratellanza, snocciolata da quegli elementi di sacralità e verità assoluta, creati dalla Chiesa come mezzo per abusare di un potere conferitogli da nessuno.

Racconta le storie di chi proviene da "Via del Campo", vicolo medievale del centro storico di Genova, malsano, sporco e vissuto da qualche "Bocca di rosa", da contrabbandieri; canta le "Storie di un impiegato" con la descrizione accorta di un "Bombarolo" che fa il suo ingresso al "Ballo mascherato della celebrità" (allegoria della società borghese) per togliere la maschera agli ipocriti, delegittimare il potere e far saltare in aria le istituzioni.

Di spirito anarchico, di una formazione culturale di elevato spessore Faber, oltre a scrivere ed interpretare 13 album dal 1960 al 1996, gode, tra le altre cose di notevoli collaborazioni.

George Brassens più volte citato da De André come punto di riferimento; dal quale ha preso spunto la canzone "il Gorilla" e "La marcia nuziale", ed ancora Leonard Cohen, Bob Dylan, Brel, Ferré.

Non rientra certamente fra i grandi musicisti nonostante si attribuisca al medesimo l'aver ripreso quelle sonorità mediterranee e medievali, non in disuso, ma quasi sconosciute in quel periodo.

A mio modesto parere non esistono canzoni più belle di Faber, ma semplicemente canzoni più rappresentative. A chi non ha fatto sorridere e pensare "Bocca di Rosa", chi non si è fermato a leggere le parole della "Ballata dell'amore cieco", de "La città vecchia" o "La canzone di Marinella".

Quando ascolto "Verranno a chiederti del nostro amore" mi si gela il sangue, l'ossigeno non mi arriva al cervello, divento beige!; è così seducente convincersi che quella canzone è stata scritta per te.

Faber non è mai stato eccentrico nelle sue apparizioni, diciamo che detestava anche fare concerti in pubblico, era ritroso, schivo, un orso, e come la maggior parte degli orsi... "un genio": trascorre le

giornate a comporre testi, a leggere, a cercare, continuamente, ispirazioni nuove, stimolanti, che toccano aspetti letterari, sociali ma anche musicali. Tra gli aspetti letterari degna di considerazione è l'album "Non al denaro, non all'amore né al cielo" (1971), ispirata pienamente all'Antologia di Spoon River di Edgar Lee Masters, trasforma le poesie dell'antologia in canti, in ballate nelle quale, appunto come nel libro, si dà voce, sotto forma di epittaffio, alla vita di quella gente sepolta nel cimitero di un piccolo paesino della provincia americana.

Nel 1978 inizia a collaborare con il veronese arrangiatore Massimo Bubola, con il quale pubblica prima l'album "Rimini", intriso di tematiche sociali come l'aborto e l'omosessualità. Un album, quest'ultimo, che è il prodotto delle delusioni di De André per le vicende degli anni 70: un album, quindi, antimilitarista, antiterrorista dove trova vigore il brano "La guerra di Piero", una canzone fortemente antimilitarista ma con sfondo la storia di un amore omosessuale.

Collaborazione che continua e che si rinforza con il successivo album "Fabrizio De André" o conosciuto anche come "l'Indiano" dato il disegno di un pellirossa a cavallo sulla copertina. Album nel quale si presenta la natura dell'uomo, narrata, però, attraverso la storia di due popoli, quello indiano e quello sardo, entrambi oppressi dai loro colonizzatori. Fanno eco o meglio richiamo in questo album la canzone "Hotel Supramonte" che narra la storia del rapimento di De André e la moglie in Sardegna per quattro mesi. Canzone sofferta, con toni accesi e ricca di metafore nella quale il cantautore fa presente di non provare rancore o tanto meno odio per i suoi rapinatori, ma cercando di raccontare la vicenda in modo lirico e dedicando attenzione a chi, come sua moglie, condivise quel periodo.

Nel 1984 esce l'album "Creuza de Ma"; scritto e musicato in collaborazione con Mauro Pagani ex PFM. Album scritto completamente in dialetto genovese ma un dialetto oramai vecchio, obsoleto non più utilizzato tanto da suscitare difficoltà interpretative anche per gli stessi genovesi.

Un album scommessa per Faber che se all'inizio non fu capito e compreso, più in là ebbe un tale successo che lo stesso David Byrne dei Talking Heads lo citò come miglior album degli anni 80.

Dopo anni di silenzio, si presenta con il penultimo album "Nuvole", sempre con la collaborazione di Mauro Pagani. Di questo album non può non essere menzionata la canzone "don Raffae", scritta e cantata con un dialetto napoletano maccheronico; descrivendo un divertentissimo colloquio fra un secondino ignorante che chiede "consenso a don raffae, un galantuomo sceltissimo immenso"; un camorrista, quindi, visto dal secondino come l'alternativa ad uno Stato che "si costerna, si indigna s'impegna poi getta la spugna con gran dignità".

Ultimo e, quindi tredicesimo album di De André, è del 1996: "Anime Salve". Per molti il testamento spirituale di De André, un percorso di coloro che sono dimenticati; dei transessuali (Princesa), del popolo Rom (Khorakhane), degli innamorati (Dolcenera). L'11 gennaio 1999 Faber muore per un tumore ai polmoni.

Dopo di lui solo Tributi, celebrazioni, ricorrenze, lacrime di amarezza e di nostalgia.

Dietro quelle migliaia di parole stese e buttate su carta, innumerevoli insegnamenti, stranamente tutti con una simile matrice; quella che bisogna imparare a vivere ma anche a riflettere "perché anche se ci crediamo assolti siamo lo stesso coinvolti!"



di Giusi Geremia

Orsoleo il piccolo grande orso

Orsoleo diventa grande

Testo di Alberto Benevilli

Illustrazioni di Sophie Fatus

Ed. San Paolo, 2006 - € 9,50

Un simpatico gioco grande-piccolo attende i bambini-lettori di "Orsoleo il piccolo grande Orso" e "Orsoleo diventa grande" (ed. San Paolo 2006), due albi che danno vita alla collana Orsoleo, adatta ad una fascia di età, da 3 o 4 anni, poco considerata da "lettura". I due testi, cartonati con pagine lavabili, si prestano invece molto bene alla manipolazione, alla attenzione, alla curiosità tipiche di questa età che, oltre ad essere la più adatta all'ascolto della lettura ad alta voce, chiede anche spazi di interazione diretta con il libro che va, di certo, toccato e percepito dalla piccola manine insaziabili.

Il personaggio protagonista è un orsetto curioso, vivace e ... impaziente di diventare grande. Orsoleo chiede a tutti come e se è molto difficile diventare grandi, e si accorgerà che lo è se si vuole diventarlo prima del tempo, ma se si segue il corso natu-

rale del proprio sviluppo si scopre che è molto piacevole godersi il momento presente, con gli inevitabili problemi ma anche con tutti gli aspetti piacevoli e prendersi il tempo giusto per crescere. Così tutto intorno può essere troppo grande se ci si sente piccoli o troppo piccolo se ci si interstardisce a sentirsi grandi fuori tempo.

Le parole di Alberto Benevilli sono calibrate sulla età dei destinatari e compongono un testo da godere con immediatezza. Anche le semplici ma indovinate immagini di Sophie Fatus, giocano con gli effetti dei contrasti grande-piccolo, maturità- insicurezza, permettendo di prendere dimestichezza con il libro seguendo illustrazioni di diretta comprensibilità e colorate di attraenti forti toni che caratterizzano ed esaltano le varie forme. Un perfetto libro ponte tra il libro-gioco e le storie che verranno.

Asma news.

Dagli steps agli sheeps prima parte: dagli steps

di Filippo Di Forti

La monotonia terapeutica dell'asma è nota, cortisone e broncodilatatore, la crisi passa e siamo tutti bravi. Sulla gestione è bene dirlo si combatte la vera battaglia. La voglia di darsi regole e criteri comuni ha dato vita alla formazione di una Globale Strategia per la gestione dell'asma e sua prevenzione denominata GINA. Periodicamente come una "finanziaria" vengono pubblicate le linee guida, fatte di steps, ove viene condensato il meglio delle pubblicazioni mondiali sull'argomento. I medici siamo entità un po' indisciplinate, mal digeriamo direttive e regole, ma un "governo" dell'asma anche da criticare o vessare è giusto che ci sia. dell'asma è il diktat principale, ma chi controlla il controllatore?

Gli steps sono da plaudere, come un segno del progresso, solo se non hanno l'obiettivo di rendere i più degli sheeps e che siano chiari, semplici e coerenti.

Obiettivo principale della terapia è limitare la flogosi che è alla base dell'asma, magari riducendo il remodeling delle vie aeree, flogosi che viene limitata abbastanza bene dal cortisone, ma per quanti sforzi si possano aver fatto gli effetti collaterali sebbene ridotti esistono. Flogosi, infiammazione, "rubor" sono causa di notti insonni dei nostri ricercatori e rimangono sempre a turbare le nostre menti.

Una "new entry" nelle linee guida GINA, è l'ingresso dell'omalizumab ovvero l'anticorpo monoclonale anti IgE nello step 5, mentre ha avuto una "promozione" l'antileucotriene che è proposto come opzione al posto del cortisonico per inalazione nello step 2.

Leggendo più approfonditamente la "finanziaria" GINA, a pag. 12 si legge che gli antileucotrieni hanno dato benefici clinici in monoterapia nei bambini di oltre 2 anni.... essi riducono le esacerbazioni dell'asma indotta da virus nei bambini da 2-5 anni con storia di asma intermittente.

A pag. 30 si legge hanno un **piccolo e variabile effetto broncodilatatore**....

Possono essere usati in alternativa come trattamento di adulti con asma medio persistente.... Gli effetti, usati da soli, sono minori di basse dosi di cortisonici inalatori.... **la sostituzione con antileucotrieni può fare rischiare di perdere il controllo dell'asma**. Pag. 38 si legge che antileucotriene dona benefici clinici oltre i 5 anni di età a tutti i livelli di severità, ma **meno di una bassa dose di cortisonico**....

A pag. 60 si legge che allo step 2 una bassa dose di cortisonico inalatore è **raccomandato per un iniziale** trattamento di controllo dell'asma a tutte l'età.... terapia di controllo alternativa include antileucotrieni particolarmente appropriati per pazienti che non sono

abili ad usare cortisonici inalatori....

guida chiare, semplici e coerenti lo lascio giudicare al lettore, io sono un semplice "allergonauta", col vizio di cercare di capire e conoscere, con la presunzione di dare spunti per la riflessione.

Probabilmente la via maestra è sempre quella del controllo dell'infiammazione e l'antileucotriene si colloca nella plaudibile, eroica e

pionieristica posizione di chi fa da capostipite di un canale di studi sicuramente affascinante, ovvero il blocco delle citochine asma-inducenti. Gli esempi di studi in tal merito non mancano.

Un esempio è lo studio fatto da alcuni scienziati anglofoni, i quali sono partiti dal presupposto teorico che, chi è diventato allergico lo ha fatto per un iniziale deficit di IL-12, che a sua volta ha creato un'insufficiente presenza di interferone gamma. Questi Mengele del 2000 hanno somministrato a cavie umane volontarie, l'interleuchina 12. Immagino che la selezione delle cavie umane sia stata fatta non già per criteri razziali o somatici, (retrognazia, orecchie a sventola e voce squittente) ma solo per la presenza di asma. Il risultato a parte una forma antropologicamente rara di mutante, caratterizzato da metaplasia cheratinizzante al sacro, appellabile dai profani col volgare termine di



coda, ha indotto una riduzione degli eosinofili, ma nessun miglioramento clinico, anzi ad alcuni aumento di transaminasi e problemi cardiologici.

Un altro studio sempre su homo sapiens ha studiato l'inibizione dell'IL-5 mediante un anticorpo monoclonale umanizzato (IgG-k).

Questo trattamento ha inibito il proliferare degli eosinofili, senza dimostrare presenza di effetti collaterali, ma non ha portato miglioramento clinico. A parte una riflessione degli autori che non sto qui a menzionare sull'effettivo ruolo degli eosinofili nell'allergia e per non dare "sazio" ipotizzandolo come cura nelle forme di parassitosi (sic!). Più incoraggiante un altro studio sull'anti IL-5 chiamato stavolta "mepolizumab", ove si lasciava presagire un barlume di efficacia. Il lavoro era sponsorizzato da una nota casa farmaceutica.

Recentemente uno studio non d'oltre Manica ma d'oltre oceano (li sono di manica larga), ha evidenziato una buona risposta, ma al trattamento dei polipi nasali, con anti IL-5 chiamato stavolta Reslizumab.

Un'altra proposta terapeutica è rappresentata dall'IFN gamma. Esso è stato utilizzato nell'asma cortico resistente, in uno studio svizzero fatto su 10 pazienti per 5 mesi. Si sono visti risultati incoraggianti, ma un progressivo rifiuto dei pazienti a ritornare la sera nelle loro gabbie.

Ma i ricercatori d'oltralpe continuano a farsi sentire, vi è uno studio teutonico su topi allergici all'ovoalbumina molto interessante.

In pratica si è visto che vaccinandoli con plasmide mL-10 cDNA si aveva un **aumento** dell'IFN gamma e riduzione degli anticorpi

anti ovoalbumina. I risultati sul topo sono incoraggianti.

Oggi giorno abbiamo enormi conoscenze sulle terapie dei topi, ma da loro nessuna riconoscenza, anzi, insidiano sempre più le nostre case. Un'altra frontiera è lo studio di immunomodulatori biologici, si tratta in genere di oligodeossinucleotidi coniugati o meno ad antigeni. Quelli non coniugati avrebbero una azione immunostimolante. Uno di questi è l'ISS-ODN, sequenza nucleotidica che si è vista agire su topi sensibilizzati TH2 con un effetto terapeutico anti-asma. Gli oligodeossinucleotidi associati ad allergene avrebbero un'azione del tipo immunoterapia specifica del futuro.

Gli italiani stanchi di curare i topi hanno proposto un nuovo immunomodulatore sintetico k848 (Resquimod) che in vitro sposta il fenotipo dei linfociti CD4 Th2 umani, allergene specifici, verso quello di cellule che producono interferone gamma.

Studiando anche i T linfociti, pare che alcuni cloni citotossici, prodotti da stimolazione di CD8 naive ad opera di frammenti di IgE, abbiano un'azione nel neutralizzare le IgE.

Quante belle cose bollono in pentola!.....nel prossimo numero di Paidos affronterò il problema da un'altra ottica, altre terapie, più semplici, appaiono all'orizzonte, si parlerà anche di tecniche di respirazione Buteyco, di erbe cinesi MSSM-002, di filtri intranasali e di fototerapia intranasale che, anche se di poca efficacia, potrebbe vedere noi raminghi della conoscenza, vagare non già a "lume" di naso, ma a "faro" di naso nella notte della ricerca.

LO STUPIDIATRA

a cura di Fidifo

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

Gli ambulatori dopo i fasti luculliani post-festivi sono pieni, c'è chi ha il colesterolo un pò alticcio e chi ha il bambino con l'acetone e per il vomito si sta prosciugando. Per questo motivo siamo finiti dal castroenterologo, il quale ha sentito un

odorato dalla bocca e gli ha insignito una cura. Poi gli ho chiesto l'itinerario perché io non ho l'ISEE perché sfortunatamente lavoro. Il dottore ha capito subito che deve dimagrire infatti lei deve tossire per espellere tutto quel

grasso e gli ha scritto una dieta. Ma durante le sante festività col mangiare non ho fatto una osservanza adeguata. Per fortuna che noi maschi non abbiamo questi problemi perché siamo più lassativi.

Basta un poco di zucchero.....

Placebo e nocebo: guarire od ammalarsi "di nulla"

di Angelo Milazzo

Un placebo potrebbe essere definito come una sostanza inerte o qualsiasi atto terapeutico che, pur privo di efficacia specifica, sia deliberatamente utilizzato per provocare un effetto positivo su di un sintomo o una malattia.

Simmetricamente, un atto terapeutico che provochi un effetto negativo su di un sintomo od una malattia, indipendentemente dalla sua specifica efficacia, viene chiamato nocebo.

La ricerca sulla risposta a prodotti inerti suggeriscono l'importanza di una relazione terapeutica che tenga conto delle aspettative che emergono dal paziente, facendo leva sulle valenze cognitive dell'atto clinico.

Tutta la comunità scientifica esige, nell'accertamento dell'attività terapeutica di una molecola, che questa venga sempre paragonata ad un placebo. Pertanto paradossalmente il placebo rappresenta il "medicinale" maggiormente studiato per l'enorme mole di lavori che l'hanno confrontato con le più svariate molecole, soprattutto secondo la metodologia del "doppio cieco".

Terapia del dolore

Esempi spettacolari sono stati rilevati nella terapia del dolore, con una risposta di remissione della sintomatologia nel 60% dei pazienti che avevano assunto il placebo, contro l'80% di pazienti ai quali era stata somministrata morfina.

Finora sono state identificate due sostanze endogene implicate nell'analgesia da placebo: gli oppioidi endogeni e la colecistochinina, che permettono di modulare la risposta placebo nei due sensi opposti. Gli oppioidi endogeni sono liberati nel cervello, in seguito ad una



complessa attività mentale che include aspettativa, fiducia e desiderio di guarire. Queste sostanze si vanno a legare a dei recettori del cervello ed inducono una riduzione nella sintomatologia dolorosa. La colecistochinina ha invece un effetto opposto e frena quindi la risposta al placebo.

L'effetto placebo quindi, lungi dall'essere una sorta di inganno ai danni di pazienti ingenui, è in realtà la dimostrazione che la potenza dell'aspettativa ha nella reazione terapeutica alla terapia. Esso rappresenta una grande risorsa da studiare con molto più interesse ed umiltà, tenendo anche conto che di esso ne fanno un uso abile e spregiudicato tanti terapeuti "alternativi", guaritori, maghi e millantatori di ogni specie.

Anche gli animali più evoluti rispondono al placebo, se hanno realizzato uno specifico apprendimento, in seguito ad una esperienza individuale con una determinata sostanza. Nella specie umana se più individui condividono le stesse aspettative alla stessa terapia si genera una cultura. Si può comprendere così la diversa tolleranza al dolore fra i vari popoli ed etnie.

Qualsiasi cura non può però prescindere dall'aspetto relazionale; per cui soltanto se medico e malato hanno fiducia reciproca, la terapia può funzionare. Anche il placebo deve essere consono alla cultura di chi lo riceve.

L'effetto nocebo

La somministrazione di un placebo può però essere associata all'insorgenza di effetti collaterali avversi sgradevoli o dannosi. Tale effetto nocebo riguarda soprattutto i soggetti ansiosi, depressi, o tendenti alla somatizzazione. In questi la convinzione di assumere un

farmaco, il timore degli effetti collaterali, o la preoccupazione per il decorso della terapia, possono tradursi in una percezione distorta od amplificata dei sintomi.

In questi casi la mancata individuazione dell'effetto nocebo da parte del medico può indurlo ad interrompere un trattamento, anche se clinicamente efficace.

Sono risultati essere importanti:

- il metodo con il quale vengono registrati gli effetti avversi;
- la modalità con la quale il paziente riceve le informazioni riguardanti la terapia;
- il contesto nel quale avviene la prescrizione del farmaco;
- il sesso femminile;
- il rapporto medico-paziente.

Sono personalmente convinto che l'effetto nocebo abbia dimostrato un notevole aumento di frequenza nella popolazione, nel corso degli ultimi anni. Sono ipotizzabili diverse cause.

1) Le schede tecniche, cioè i famigerati "bugiardini", sono diventate ormai una elencazione interminabile e terrificante di: effetti collaterali, controindicazioni, avvertenze, avvisi di non usare nell'infanzia. Tale prassi porta al rifiuto della terapia ed alle reazioni più irrazionali da parte degli assistiti. La necessità di tentare successivamente terapie che possano essere meno terrificanti per il paziente causa sprechi, ritardi e danni di ogni tipo che nessuno dei nostri grandi esperti della Sanità sembra avere la capacità di valutare.

2) Il consenso informato, che deve seguire ad informazioni assolutamente complete ed inequivocabili, causa, soprattutto in ambito ospedaliero: rifiuti, fughe, rinvii che possono avere conseguenze anche gravi.

Conclusioni

Sia l'effetto placebo che quello nocebo sono stati dimostrati nel trattamento di moltissime patologie: dolori cronici, malattie allergiche ed autoimmuni, asma, ipertensione, etc.

Si è affermato il metodo di sperimentazione che prevede tre gruppi di pazienti:

- il primo, di controllo, che non riceve alcun tipo di trattamento;
- il secondo che riceve il trattamento vero;
- il terzo che riceve solo un placebo, identico in tutto al secondo, tranne che per l'assenza del principio farmacologico.

Si evidenzia inoltre come ormai ineludibile una revisione della prassi quasi terroristica con la quale vengono stilati sia i moduli di consenso informato che le schede tecniche dei farmaci.

Pediatri tra le stelle

Aste: fate attenzione alle "tossi". Il pediatra a pagamento che lavora di fronte al vostro studio diagnosticherà ad un vostro assistito, un ora dopo la vostra visita, un "principio di bronchite" e per questo motivo sarete vilipesi in sala d'attesa e poi costretti a scrivere con una scusa balorda la terapia corretta.

Foto: per un errore dell'anagrafe ASL avrete perduto 130 assistiti. Sarete costretti a peregrinare da un ufficio ad un altro per recuperarli, ma niente paura, un decreto assessoriale sancirà che comunque non vi dovevano essere pagati.

Gnelli: attenti ai bilanci di salute, per colpa di una omonimia ne sbaglierete uno ed i soldi vi saranno trattenuti. Fortunatamente vi farete raccomandare e le trattenute saranno diluite in 236 mensilità

Castro: il medico generico vi fregherà in un sol colpo tre fratellini per merito di una domiciliare domenicale, ma il problema maggiore è che erano i figli del vostro pescivendolo di fiducia.

Leone: in banca sbaglieranno l'accredito dello stipendio nel vostro conto corrente, sferrerete per questo motivo il fido. Recupererete il tutto dopo tre mesi. Gli interessi maturati no!

Virgine: finalmente avrete una visita a pagamento, ma attenzione!! nell'emozione del momento scrivete farmaci non mutuabili e poco costosi perché sennò il pediatra non glieli scriverà e smonterà la vostra diagnosi.

Bilancia: vi accorgete che l'ospedaliere che sputana tutte le vostre diagnosi ha fatto un errore, attenzione fate finta di non esservene accorti perché è inutile, tanto lui non sbaglia mai.

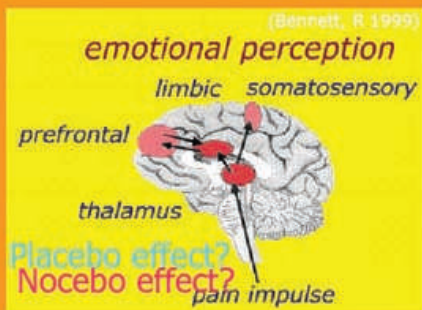
Scorpione: non siate vendicativi col medico di guardia medica. Anche se ha scritto un antibiotico non prescrivibile da lui ed il vostro assistito vi ingiungerà di trascriverlo. Lo ha fatto a fin di bene!

Squittario: un esantema irricognoscibile vi si prospetterà. Se avrete fortuna, mal che vada, prescriverete costosissimi esami dottamente suggeriti dal cugino laureando in medicina.

Capricorno: per tutto il mese avrete lo studio pieno, lavorerete ininterrottamente nella confusione assoluta, vostra moglie vi lascerà, i vostri figli prenderanno delle multe stratosferiche, ma in compenso vi arriveranno i crediti formativi per temevate di avere smarrito.

Acquario: alla ASL non vi riconosceranno 23 ultra quattordicenni, ve li riconosceranno dopo due anni ma non ve li pagheranno perché nel frattempo si accorgeranno che erano in deroga.

Pesci: quando dopo tre mesi in cui non vi era arrivato nessun nuovo nato, vi accorgete di essere stati depennati dall'elenco dei Pediatri. Dopo tre giorni di sciopero della sete davanti gli uffici ASL sarete assunti nella medicina dei servizi e il vostro posto lo prenderà un altro.





Pillole di...
endocrinologia

L'ancora poco esplorato mondo del tessuto adiposo!

di Francesco Privitera

Come già cominciato a fare in qualche numero precedente di questa rivista parlando della "leptina", proseguiamo nell'esplorare il mondo sconosciuto del tessuto adiposo inteso ormai come un organo a tutti gli effetti. Esso oltre alla leptina, secerne anche altre sostanze che comunque sembrano intervenire nella genesi dell'obesità.

La **RESISTINA** è una sostanza proteica costituita da 94 aminoacidi il cui gene è nel cromosoma 19 ed il cui nome deriva dalla funzione di resistenza all'insulina. Gli effetti metabolici della resistina sono poco noti al momento e sono necessari ulteriori studi per conoscerli, tuttavia questo nuovo ormone rappresenta un importante legame tra l'aumento della massa grassa e la resistenza all'insulina.

Studi fatti sui topi suggeriscono che la resistina è un ormone i cui effetti sul metabolismo glucidico antagonizzano quelli dell'insulina. Sembra probabile che essa non sia la causa diretta della resistenza all'insulina durante il periodo di eccessiva introduzione di cibo, piuttosto la

sua funzione fisiologica può essere messa in relazione all'adattamento alla fame. Un altro interessante aspetto è il ruolo della resistina nei processi infiammatori, così come accennato per la leptina. Infatti sia nelle obesità genetiche, che in quelle alimentari, c'è un'aumentata produzione di citochine infiammatorie nel tessuto adiposo, e la resistina verosimilmente gioca un ruolo simile mediato anche attraverso il **PPAR (Peroxisome Proliferator-Activated Receptor-)** che è un recettore ormonale nucleare.

L'**ADIPONECTINA** sembra giocare molti ruoli nella modulazione delle molecole di adesione endoteliale, con funzioni antinfiammatorie e un effetto insulinosensibilizzante, e può rappresentare un possibile collegamento tra aterosclerosi e obesità. Si è visto che ci sono bassi livelli di adiponectina nel tessuto adiposo e nel torrente sanguigno di soggetti diabetici di tipo 2 e degli obesi in contrapposizione ad altre proteine secrete dal tessuto adiposo stesso, pertanto essa gioca un ruolo centrale nello sviluppo del diabete tipo 2 e può essere



usata quindi assieme ad altri parametri come indicatore di rischio per diabete tipo 2 e obesità.

La **PROTEINA AGOUTI**, isolata prima nei topi, è presente anche negli uomini, ed il gene che la codifica è omologo per l'85% a quello murino. La proteina umana è formata da 132 aminoacidi e si differisce dalla murina per diversi pattern di espressione: la murina solo transitoriamente nel follicolo pilifero, l'umana invece principalmente nel tessuto adiposo, e poi anche nel rene, fegato, testicoli, ovaie, cuore ed epidermide.

Essa sembra avere un ruolo nella genesi dell'obesità, in quanto nel topo è causa di una sindrome detta "*sindrome dell'obesità gialla*". Questo perché nel topo la proteina agouti interferisce col legame di -MSH al recettore MC1-R e quindi diminuisce la melanogenesi.

Inoltre aumenta l'incorporamento del sulfidrilico nel dopaquinone, producendo il pigmento giallo.

È stato dimostrato inoltre che la proteina agouti ricombinante ha un'alta affinità antagonista di altri recettori della stessa famiglia, gli MC4-R presenti abbondantemente nel cervello, incluse anche le regioni dell'ipotalamo direttamente coinvolte nella regolazione del peso corporeo. Nei topi transgenici che mimano le condizioni di proteina agouti nell'uomo, elevati livelli di PPAR- sono correlati con un'ipertrofia dell'adipocita e ad un aumento della sensibilità insulinica.

L'**ANGIOTENSINOGENO** prodotto principalmente dal fegato, viene poi trasformato in Angiotensina I dal rene e successivamente convertito in Angiotensina II dall'enzima polmonare ACE. In aggiunta a questa classica via, sono stati trovati sistemi renina-angiotensina anche in svariati organi come ad es. nel surrene, rene, cervello, cuore, pareti vasali ed anche nelle cellule adipose. Il tessuto adiposo infatti sembra essere una importante fonte

di angiotensinogeno ed esprime anche entrambi i sottotipi di recettori per l'angiotensina II.

Pertanto si fa avanti l'ipotesi che questi sistemi renina-angiotensina locali indipendenti dal sistema ematico principale, entrano nella regolazione locale delle funzioni fisiologiche dell'organo ed inoltre sembrano essere coinvolti nei patologici cambi di struttura e funzione dell'organo stesso modulandone la crescita, la fibrosi e probabilmente la risposta infiammatoria.

Nel tessuto adiposo numerosi studi suggeriscono un importante ruolo dell'angiotensinogeno e del sistema locale di renina-angiotensina nella genesi dell'obesità e dell'ipertensione.

La **METALLOTIONINA** è una proteina di basso peso molecolare stress-indotta prodotta in molti organi incluso fegato, pancreas, intestino e rene. Prodotta anche se in quantità minori nel tessuto adiposo, la sua funzione sembra essere quella



di mantenere adeguati livelli di grasso anche in condizioni di stress o di digiuno.

Il **PAI-1 (Plasminogen Activator Inhibitor-1)** oltre che dagli epatociti e dalle cellule endoteliali, è prodotto anche dagli adipociti, soprattutto nel grasso viscerale. Visto che negli obesi si ha un aumento di PAI-1 ematico, si è dedotto che ciò è dovuto all'aumentata produzione da parte del tessuto adiposo, facendo aumentare il rischio cardiovascolare.

Come vedete il vecchio concetto di monofunzionalità degli organi è stato soppiantato da quello più attuale che li vede portatori di molteplici funzioni interagenti ed interferenti continuamente tra loro in una sorta di rete complessa che abbiamo solo adesso cominciato ad immaginare ed a conoscere.

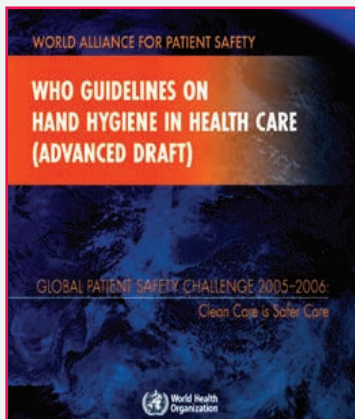


FraSi.Net www.fraSi.net

Tantissimi spunti interessanti per ogni occasione, aperti al contributo dei visitatori: oltre 55.000 aforismi dei grandi pensatori, sms pronti, frasi d'amore, saggi proverbi, divertenti barzellette e romantiche poesie.

FraSi.Net ti permette anche di trovare ricette di cucina originali, traduzioni di classici e tanto altro ancora.

mazzolagiu@tiscali.it



....E Adesso tutti a lavarsi le mani !!!!

A quanto pare i medici siamo dei veri sporcaccioni! Ci laviamo poco (e forse non solo le mani)... Il Ministero della salute, in seguito a scandali mediatici come al solito a orologeria, si sono accorti (!?) della scarsa igiene degli ospedali (ma che sorpresa!!!) e quindi tutti giù a gridare come sempre contro i medici.

La WHO (2007) ha indicato le direttive di igiene cui devono sottostare i sanitari in al fine di diminuire la diffusione delle infezioni tra la popolazione sana.

Ritenendo che tra poco saremo sottoposti agli esami per essere dichiarati idonei a sfiorare i nostri piccoli pazienti (a fronte di laute indennità!?) ho ritenuto utile proporVi qualche breve consiglio.

Per chi volesse...approfondire la pulizia basta dare i propri dati a:

http://www.who.int/patientsafety/information_centre/ghhad_download/en/



Ed ecco qualche "ricetta" di composizioni efficaci per la pulizia delle mani con soluzioni alcoliche:

FORMULAZIONE 1

Per produrre 1000 ml di soluzione sterilizzante:

- a) Etanolo 96% v/v 833,3 ml
 - b) Perossido di idrogeno 3%, 41,7 ml
 - c) Glicerolo 88% , 14,5 ml
- Aggiungere acqua distillata fino a 1000ml e agitare.

FORMULAZIONE 2 (infiammabile!)

- Per produrre 1000 ml di soluzione sterilizzante:
- a) Alcool isopropilico (puro al 99,8%) 751,5 ml
 - b) Perossido di idrogeno 3%, 41,7 ml
 - c) Glicerolo 88% , 14,5 ml

Aggiungere acqua distillata fino a 1000ml e agitare

USO:
Versare circa 2ml sul palmo della mano e seguire, lavandosi, le procedure dei disegni. I disegni sono tratti dal file: www.giofi/circolari.html?lavm00.pdf



INCONTRI PAIDOS 2007

17 Febbraio:

Percorsi clinico-diagnostici nelle patologie endocrine del bambino

G.Bartolozzi, F.De Luca, M.Caruso, G.R.Burgio

In fase di accreditamento ECM

31 Marzo:

Le linee guida in pediatria

G.Bartolozzi, M.Cuccia, P.Ferrara

In fase di accreditamento ECM

21 Aprile:

Diagnosi dell'asma nel bambino secondo EBM

S.Miceli Sopo, F.Di Forti, A.Fischer

In fase di accreditamento ECM

19 Maggio:

Problem solving in pediatria

G.Bartolozzi, A.Fischer, R.Falsaperla, F.De Luca

In fase di accreditamento ECM

27 Ottobre:

Percorsi diagnostico-terapeutici nel bambino con patologie epatiche

G.Maggiore, M.Massimetti

In fase di accreditamento ECM

17 Novembre:

Percorsi diagnostico-terapeutici nel bambino con patologie renali

P.Ferrara, R.Agostiniani

In fase di accreditamento ECM

Gli incontri si terranno tutti presso la sala congressi dell'Ospedale di Acireale.

N.B.: Le date e gli argomenti degli eventi possono subire variazioni.

