

note di cultura per il pediatra

a.c.p.

Paiδòs

Anno 6 N. 2 - Aprile - Giugno 2005



Giorgio Bartolozzi
Istruzioni
per l'uso

Intervista a Giovanni Corsello
Una difficile transizione



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

Angelo Fazio
Antonio Russo
Paolo Vigo
Giusy Geremia
Maria Rita Allegra
Angelo Milazzo
Giuseppe Mazzola
Antonio Fichera

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

A.S.C. Europromo
Tel 347 7792521
Fax 095 472387
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

Curare oggi e libertà di scelta

di **Salvatore Pippo Spitaleri**

...Libertà vo' cercando ch'è si cara come sa chi per lei vita rifiuta...

Tra tutti i valori che l'uomo tiene in più alta considerazione (soldi, potere, gloria) la libertà rappresenta il valore più importante ed è il presupposto fondamentale per poter godere degli altri. La libertà di scelta e di autodeterminare il proprio destino è un appannaggio delle Società più evolute e democratiche.

Per essa, nel corso dei secoli, è stata sacrificata la vita non di un solo uomo ma di popoli interi e di generazioni; basti pensare alle guerre di indipendenza, alle rivolte popolari quasi sempre sedate nel sangue dai potenti che, a torto o a ragione, hanno ritenuto di poter disporre di vita e di morte del popolo loro sottomesso.

Sembra quasi impossibile e assurdo che vi siano popoli in cui è stata abolita la pena di morte dopo secoli di cultura in cui la vita è stata considerata un bene relativo.

E mi riferisco anche ai vari esperimenti nucleari compiuti negli anni della guerra fredda e di cui ben poco, a tutt'oggi, si sa.

La valutazione obiettiva di ciò che si espone quindi non sempre consegue questa libertà. Se i potenti hanno potuto disporre della vita altrui e della libertà altrui lo hanno fatto a viso aperto senza sotterfugi.

Oggi fa veramente discutere pur senza avere alcuna posizione di parte il documento finale del Comitato Nazionale di Bioetica: *I Bimbi non vanno curati con l'omeopatia*: «L'impossibilità di ottenere da un piccolo paziente il consenso informato dovrebbe indurre i pediatri a suggerire il ricorso alle terapie scientifiche». Invece con le terapie scientifiche il bambino è in grado di esprimere il suo consenso?

E' forse auspicabile che ognuno possa decidere autonomamente la scelta verso una o un'altra terapia evitando estremismi culturali che una società evoluta non può più accettare ben sapendo che in Europa 70 milioni di persone, 7.5 nella sola Italia, utilizzano l'omeopatia per curarsi e non certo per uccidersi!

SOMMARIO

- 3 Editoriale
- 4 L'angolo di Giorgio Bartolozzi
- 6 Tra Esperienza ed evidenza
- 8 Celiachia oggi... chi cerca trova
- 10 Consenso informato
- 12 Una difficile transizione
- 15 Sport ed omeopatia
- 15 Recensioni
- 16 L'allergonauta
- 17 Lo stupidiatra
- 18 Clinical game
- 19 Peter Pan: sindrome e mito
- 20 Pillole di endocrinologia
- 21 Il sito consigliato da G. Mazzola
- 22 News dalla rete

RUBRICHE

- 11 Digtamocelo
- 14 Un pediatra al cinema
- 14 L'angolo della poesia

Copertina
(foto di D. Castellano)
(bambina peruviana)

In questo numero della nostra rivista abbiamo pensato di utilizzare l'angolo di Giorgio Bartolozzi, non per un articolo ma per dare spazio alle risposte del nostro illustre ospite ad alcuni dubbi in tema di vaccinazione.

Istruzioni per l'uso

di Giorgio Bartolozzi



Professore quali pensa che siano i vaccini necessari e quali quelli non necessari?

Io apprezzo che Lei non abbia parlato di vaccini obbligatori e raccomandati, perché questa distinzione non è più sopportabile al giorno d'oggi, tutti i vaccini sono buoni. Per rispondere alla sua domanda direi che reputo non necessario quello della rabbia, a meno che non si è stati morsi da un cane; non farei a tutti ad esempio il vaccino della febbre gialla, tranne per coloro che vanno in regioni a rischio.

Però tutti gli altri hanno la loro utilità, le loro ragioni ed il pediatra responsabile deve invitare i pazienti a effettuarli.

Professore spesso i nostri bambini si presentano ai centri vaccinali in ritardo rispetto ai tempi previsti, qual è il limite

temporale accettabile?

La regola internazionale è: non si deve mai cominciare da capo, qualunque sia il tempo intercorso tra una vaccinazione ed un'altra.

Da noi invece vige la regola che se è trascorso più di 1 anno tra la prima e la seconda vaccinazione si ricomincia daccapo, così pure se sono trascorsi più di 5 anni fra la seconda e la terza. Queste regole sono altrettanto valide.

Se invece si parla di coperture vaccinali direi che ad esempio se le tre dosi per difterite-pertosse non vengono effettuate entro l'anno non si raggiungerà la copertura entro l'età di un anno, come dovrebbe essere, ma si raggiungerà successivamente, però la copertura è talmente alta, in Italia siamo intorno al 96%, che se anche c'è un ritardo (cerchiamo di non farlo) non muore

nessuno.

Per la polio, a Napoli per esempio l'ultima statistica evidenziava che si è fatta la terza polio entro 2 anni, quando dovrebbe essere fatta intorno all'anno, però non per questo ci sono stati casi di polio.

Se i genitori sostengono che il proprio bambino ha avuto una di quelle malattie per le quali si propone la vaccinazione può essere somministrato comunque l'MPR?

Se uno fa il tetano va vaccinato perché si riammala; se uno ha la difterite va vaccinato perché si riammala; se uno ha il tifo

lo stesso; per il morbillo il discorso è diverso perché la malattia immunizza in modo permanente ma in commercio non ci sono più i vaccini mono-componenti, ma solo in associazione con la parotite e la rosolia per cui se viene da me qualcuno che dice "io la parotite l'ho avuta", oppure "ho avuto la rosolia", ma non ricorda di averle avute tutte, c'è il vaccino trivalente, quindi bisogna fargli quello, senza alcun timore.

Ci sono novità in tema di calendario vaccinale?

Nell'ultimo calendario nazionale uscito nella gazzetta ufficiale del 14 aprile 2005, quindi una cosa molto recente, la quarta polio è stata spostata al 5°-6° anno per facilitare il compito dei servizi di vaccinazione, che hanno già un appuntamento al 5°-6° anno per la difterite- tetano- pertosse.

Ci sono in commercio addirittura dei preparati in cui ci sono insieme polio inattivato-difterite-tetano-pertosse.

Possiamo vaccinare contro la varicella un bambino se ha la madre in gravidanza?

So che al mondo ci sono descritti solo tre casi di passaggio avvenuto tra madre e figlio, fortunatamente senza conseguenze, per cui il rapporto tra la possibilità che questo avvenga e la possibilità che non avvenga è a favore di quest'ultimo caso, quindi si può fare tranquillamente il vaccino.

Si può vaccinare dopo l'esposizione ad una malattia esantematica?

Sia per il morbillo che per la varicella c'è la possibilità di effettuare il vaccino post-esposizione, cioè se uno viene a contatto con un bambino con varicella, ci sono 3 gg per vaccinarlo. In questo modo noi facciamo una profilassi attiva. Vi sono però dei limiti obiettivi se un bambino ha un contatto nella famiglia, è chiaro che andare a contare i 3 gg in ambito familiare è molto difficile, quindi la vaccinazione post-esposizione è fatta solo se ha contatti saltuari e i 3 gg sono facili da valutare, se no si vaccina inutilmente.

Ci sono novità in tema di vaccinazione antinfluenzale in età pediatrica?

Nel Giappone l'anno scorso hanno avuto 95 morti in bambini fra 6 mesi e i 24 mesi, con la vaccinazione all'influenza raccomandata a livello nazionale. Purtroppo non sappiamo quanti di questi bambini siano morti effettivamente per l'influenza perché la sintomatologia coincide con quella di altre patologie.

Quindi per ora l'indicazione è solo per i soggetti a rischio.

Una donna che ha contratto la parotite può continuare ad allattare?

Una parotite prima dei 2 anni è un evento abbastanza raro, io il latte non glielo levarei, metterei una mascherina alla madre e non farei altro.

Si può vaccinare per l'influenza durante la gravidanza?

In gravidanza si può fare, magari è sconsigliata nel 1° trimestre, perché a volte i processi immunitari potrebbero indurre un aborto, quindi è sconsigliata ma al solito è una precauzione, non è una preclusione assoluta per cui i soggetti a rischio in corso di epidemia si possono vaccinare anche nel 1° trimestre.

Professore con quale forza il pediatra deve consigliare la vaccinazione antimeningococcica, visto il relativo rischio epidemiologico?

Dalla realtà locale noi in Toscana l'anno scorso abbiamo avuto 25 casi di meningite meningococcica, quest'anno alla fine di Marzo ne abbiamo avuti già 18 casi, perciò l'assessore ha chiamato la commissione e si è deciso di fare una vaccinazione universale contro il meningococco. Abbiamo deciso di fare 3

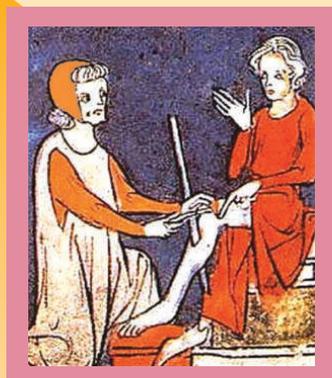


dosi nel 1° anno e una dose se il bambino che andiamo a vaccinare ha più di 1 anno. Siccome questa è una malattia che infetta anche l'adolescente, abbiamo discusso con l'assessore sull'opportunità di effettuare una vaccinazione a 6 anni ed a 14 anni. Ci è stato detto che i servizi non avrebbero coperto tutta questa massa di bambini da vaccinare. L'assessore ci ha promesso che l'anno prossimo avremmo allargato le vaccinazioni da 7 anni a 14 anni.

Professore in Sicilia ci sono delle ASL che consigliano la vaccinazione antimeningococcica e la offrono a tutti i bambini che vanno all'asilo infantile, altre la promuovono solo nei casi a rischio. Questi differenti comportamenti sono giustificati?

E' sbagliato, perché oggi non si può permettere che muoia un bambino per una malattia che è prevenibile con una vaccinazione: questo è quello che bisogna far capire a chi stabilisce i programmi vaccinali. Noi pediatri, la famiglia, la popolazione, non sopportiamo più che un bambino che si sarebbe potuto salvare con un vaccino, muoia lo stesso, è un evento inaccettabile.

Dario, con la sua storia clinica, ci offre altri spunti da analizzare con il metodo ebm



Tra esperienza ed evidenza

di Alberto Fischer



Dario viene quindi ricoverato perché le sue condizioni sono precarie. E' un lattante con aspetto settico, pallido, ha un pianto monotono e risponde poco alle sollecitazioni dei genitori.

La febbre è elevata e nel pomeriggio del giorno del ricovero presenta improvvisamente una crisi tonico-clonica generalizzata, della durata di pochi minuti, seguita da uno stato soporoso. Il medico di reparto decide di iniziare immediatamente una terapia antibiotica con ceftriaxone alla dose di 80 mg/Kg in unica somministrazione dopo aver ottenuto l'esito dell'emocromo, richiesto con urgenza (GB = 32.000/mm³; N = 86%; GR = 3.120.000/mm³; PLT = 350.000/mm³; Hb = 9 gr/dl).

1° Quesito strutturato

In un bambino di 6 mesi con primo episodio convulsivo febbrile generalizzato di durata non superiore ai 10' (P) e senza reliquati neurologici è necessario eseguire un EEG (I) e questo comparativamente al non eseguirlo (C) permette un risultato diverso (O)?

Il quesito che ci poniamo sorge dalla necessità di rassicurarci e rassicurare i genitori

che quel tipo di convulsioni è esente da complicazioni, non correla con focolai epilettici, evidenziati dalla febbre o con anomalie anatomiche congenite o acquisite.

Consultiamo: *The Neurodiagnostic Evaluation of the child With a First Simple Febrile Seizure. Practice Guideline AAP, 1996. Pediatrics 97,5*

Come in tutte le linee guida la introduzione all'analisi degli studi sulla convulsione febbrile si caratterizza per una condivisione della definizione che permette di distinguere una c.f. semplice da una complessa (scheda).

Individuiamo subito la "recomendation" che ci serve per dare una risposta al ns quesito: *The AAP recommends, based on the published evidence and consensus, that EEG not be performed in the evaluation of a neurologically healthy child with a first simple febrile seizure.*

Per cui se la c.f. si presenta come "semplice" e non accompagnata a eventi neurologici secondari possiamo evitare di far ricorso all'eeg, poiché questo valido metodo diagnostico non ci sarebbe di alcun aiuto e non avrebbe alcun valore predittivo sulla evoluzione futura di quella cf.

Infatti solo l'8% degli eeg potrebbe esser in grado di dimostrare anomalie. Questa stessa considerazione viene confermata dalla lettura di altri studi sull'argomento: McAbee, *A practical approach to uncomplicated seizures in children, Am.Fam. Physician, 2000;1;62* e Martinez: *Febrile seizures: is EEG useful? An Esp.Pediat. 1999;50:126.*

Solo se le convulsioni febbrili si ripetono con frequenza o se esse si manifestano anche

Convulsioni febbrili semplici	Convulsioni febbrili complesse
In età tra i 5m ed i 5a	In età tra i 5m ed i 5a
Di durata inferiore ai 15'	Di durata superiore ai 15'
Generalizzate	Unilateralizzate o miocloniche
Senza reliquati neurologici	Con reliquati neurologici (emi o monoplegie transitorie)

convulsioni febbrili semplici. Queste cf definite come "c.f. plus o FS+" sono determinate da anomalie genetiche che agiscono a livello dei canali cellulari di scambio ionico, e sono

Protocollo di Sidney per il lattante febbrile di 3-36 mesi	
- Solo se precedentemente in buona salute e aspetto non settico (altrimenti ricoverare) e senza segni focali (eccetto otite media acuta)	
- Eseguire emocoltura + conta GB (anche Rx torace+esame urine+rachicentesi se età<13 mesi)	
GB > 20.000/mm ³	→ una dose di ceftriaxone im
GB < 20.000/mm ³	→ attendere
- In ogni caso trattenere in osservazione per 12-24 ore al termine dei quali	
. Febbre ridotta e sta bene: dimettere e rivedere in PS il giorno dopo	
. → Somministrare una seconda dose di ceftriaxone e controllo dopo 5 gg dal curante	
. febbre persiste o non sta bene → ricovero	

al di fuori degli stati febbrili o si caratterizzano come complesse è opportuno come step diagnostico preliminare ricorrere all'eeg. Si tenga presente inoltre che di recente è stata identificata un'altra classe di convulsioni febbrili, il cui inizio e modalità di esordio possono indurre a farle considerare come

più resistenti all'azione farmacologica e da un punto di vista clinico tendono a recidivare ed a presentarsi successivamente anche in apressia.

Conclusioni: Non riteniamo, in conseguenza di quanto detto, di far eseguire un eeg a Dario, che ha presentato una classica convulsione febbrile semplice, senza reliquati neurologici.

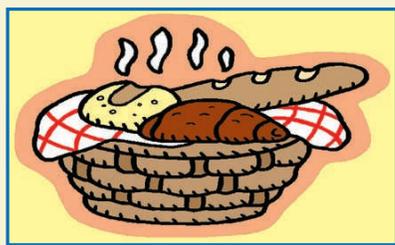
Tuttavia le condizioni cliniche impongono delle scelte rapide, poiché la

condizione clinica e anamnestica deve indurre a considerare una infezione batterica grave (meningite? Polmonite? Sepsis? Batteriemia occulta?) e come previsto dal protocollo di Sidney (scheda) prima ancora di procedere alle ulteriori indagini applichiamo terapia con una dose di ceftriaxone im.

Come valutare criticamente una linea guida

Le linee guida hanno una funzione di supporto decisionale. Sono, o dovrebbero essere, sviluppate in modo sistematico, tenendo conto di tutte le prove di efficacia disponibili. I pazienti debbono essere coinvolti nel processo di elaborazione e nell'utilizzo delle linee guida. Alcuni elementi, quindi, sono irrinunciabili nella elaborazione di una linea guida:

- la multidisciplinarietà del gruppo che sviluppa la linea guida
 - la ricerca delle prove di efficacia condotta secondo criteri di sistematicità
 - la classificazione delle raccomandazioni, in base alla qualità delle prove di efficacia
 - la identificazione degli indicatori di monitoraggio
- E' quindi necessario prendere in considerazione:
- l'agenzia o l'organismo che l'ha finanziata (conflitto d'interesse?)
 - la data di elaborazione (non eccessivamente lontana)
 - se si tratta di una linea guida originale o se rappresenta l'adattamento o l'adozione di una elaborata da altri
 - la composizione del gruppo che l'ha prodotta (attenzione a titolari o rappresentanti di aziende farmaceutiche)
 - la presenza di una classificazione del livello di evidenza, dal quale derivare la forza delle raccomandazioni
 - la descrizione della metodologia utilizzata (favorisce bias?)
 - se è prevista una strategia di implementazione
 - se è prevista una data di revisione ed aggiornamento



Celiachia oggi... chi cerca trova

(Parte prima)

di Antonio Fichera

Sono scientificamente molto lontani i tempi in cui la malattia celiaca (m.c) veniva definita come una "enteropatia indotta dal glutine nella quale un difetto di base ancora sconosciuto porta ad una diminuzione dell'assorbimento intestinale" (Nelson, Textbook of Pediatrics - 9° Ed.).

Delle conoscenze di quegli anni rimangono ancora oggi soltanto due capisaldi inconfutabili: la causa scatenante iniziale e cioè il glutine e l'intervento terapeutico ineludibile e cioè l'eliminazione del glutine dalla dieta.

Lo scenario clinico della m.c è, infatti, in continuo rinnovamento ed è sempre meno legato alla obbligatoria presenza di sintomi di tipo intestinale e/o nutrizionale, al punto che non vi è ormai specialista medico che non debba tenere in considerazione tale patologia nella pratica quotidiana.

Oggi si preferisce definire la m.c come un **disordine autoimmune, scatenato dalla introduzione del glutine, in soggetti geneticamente predisposti**. Questa definizione spiega bene, da un lato, il danno infiammatorio immuno-mediato della mucosa del piccolo intestino, e dall'altro, l'associazione con altre patologie autoimmuni extraintestinali.

L'elevata **prevalenza** della m.c in Italia: (<1 : 200) ed il frequente riscontro di quadri clinici silenti o scarsamente apparenti accentuano comunque le responsabilità del pediatra soprattutto in considerazione delle possibili gravi conseguenze nell'adulto per i casi di m.c non diagnosticati in età pediatrica. Attraverso l'esposizione di un poco scolastico elenco di segni, sintomi e quadri clinici associati alla m. c., questo articolo si pone il prestigioso obiettivo di contribuire alla formulazione di un sempre maggiore numero di corrette diagnosi.

Oltre alle forme cosiddette "classiche" di m.c, appare ancora oggi condivisibile la distinzione tra **celiachia silente** e **celiachia latente**: al primo gruppo appartengono soggetti clinicamente asintomatici, con sierologia positiva, biopsia intestinale suggestiva per m.c e successivo miglioramento istopatologico con dieta priva di glutine; al secondo gruppo appartengono individui con sierologia positiva e normale

biopsia intestinale con dieta libera, i quali, però, svilupperanno in seguito atrofia della mucosa ed ulteriore normalizzazione istologica dopo dieta senza glutine.

Meno attuale appare, invece, oggi la distinzione tra forme "tipiche" e forme cosiddette "atipiche", le quali ultime devono considerarsi anch'esse tipiche di una patologia che, in età pediatrica, tende ad accostarsi sempre più ai quadri clinici dell'adulto.

Le forme cosiddette atipiche dipendono talvolta dal ridotto assorbimento intestinale, mentre si inquadrano altre volte in una più complessa patologia autoimmune. Non sempre risultano facilmente decifrabili i confini tra tali due possibilità nei vari quadri clinici del bambino.

I **sintomi riscontrabili nella fase florida** della enteropatia glutine-dipendente vengono riportati nella tabella 1, in ordine decrescente alla loro probabilità di presenza. Tali sintomi compaiono in genere dal 6° al 18° mese di vita e consentono, più spesso che in altri casi, una diagnosi agevole ed un approccio terapeutico corretto e tempestivo.

Nella tabella 2 viene riportata una serie di sintomi, una volta definiti come **atipici**, che sembrano correlati soprattutto alla condizione di malassorbimento intestinale. Tali sintomi possono anche essere gli unici presenti nel quadro clinico della m.c, potendo manifestarsi in tutti gli anni dell'età pediatrica, come anche nell'adulto.

La patogenesi della bassa statura, tranne rarissime forme di ipopituitarismo autoimmune, è riconducibile in genere al ridotto assorbimento intestinale, anche in assenza di evidente sintomatologia enterica: tutta la letteratura scientifica, infatti, concorda oggi nell'asserire che, in tali casi, l'introduzione della dieta aglutinata determina una marcata accelerazione della velocità di crescita, fino al valore dello specifico target di ogni soggetto, geneticamente determinato.

Per tale motivo tutti i protocolli diagnostici del bambino con bassa statura prevedono anche lo studio della sierologia per la m.c. Oltre alla normalizzazione della velocità di crescita, la dieta priva di glutine promuove, nei celiaci, un rapido incremento della mineralizzazione

Tabella 1

- DIARREA CRONICA
- ARRESTO DI CRESCITA
- ADDOME GLOBOSO
- ANORESSIA
- VOMITO
- ANEMIA
- DOLORI ADDOMINALI
- EDEMI

Tabella 2

- BASSA STATURA
- OSTEOPOROSI
- ANEMIA SIDEROPENICA
- ASTENIA
- STOMATITE AFTOSA RICORRENTE
- ANOMALIE DELLO SMALTO

Tabella 3

- TIROIDITE AUTOIMMUNE
- DIABETE TIPO 1
- M. DI ADDISON
- EPATO-COLANGIOPATIE
- IPOPIUITARISMO
- MIOCARDIOPATIE

ossea, consentendone la normalizzazione in 1-2 anni.

L'osteoporosi è, infatti, un altro possibile sintomo correlato all'enteropatia glutine-dipendente e, per tale motivo, facilmente reversibile con la dieta.

L'anemia sideropenica, in presenza di un normale apporto di ferro con la dieta, può essere causata da croniche perdite ematiche inapparenti o da malassorbimento intestinale. Poiché la m.c è la più comune causa di malassorbimento dell'età pediatrica, tutti gli Autori enfatizzano l'importanza di considerare la m.c in tutti i pazienti con anemia sideropenica non responsiva alla terapia marziale. Infatti nei soggetti celiaci la guarigione dall'anemia si verifica già dopo 6-12 mesi di dieta senza glutine.

Nell'ambito dei disturbi della mineralizzazione vengono spesso riportati in letteratura casi di ipoplasia dello smalto dei denti, talvolta con ricorrente stomatite aftosa, spesso senza alcuna sintomatologia intestinale. Il precoce riconoscimento di tale sintomo è fondamentale in quanto può consentire una diagnosi di celiachia certamente non sempre agevole. Poiché la m.c è considerata oggi una patologia autoimmune, è comprensibile che anche altre malattie autoimmuni possano insieme con essa manifestarsi.

I familiari dei celiaci presentano, infatti, una aumentata prevalenza di patologie autoimmuni e i familiari dei soggetti celiaci con altre malattie autoimmuni hanno un rischio elevato (25 %) di essere affetti da una forma subclinica o silente di m.c, per cui dovrebbero oggi essere sempre screenati per tale patologia.

Si ritiene che la prevalenza di patologie autoimmuni sia, nella m.c, circa 3 volte maggiore di quella osservata nella popolazione normale, ma l'eliminazione del glutine dalla dieta non sembra proteggere sempre da tale rischio.

Le **principali malattie autoimmuni associate alla m.c** sono riassunte nella tabella 3. Nonostante varie difficoltà interpretative, chiaro appare oggi il legame tra m.c da un lato e **tiroidite autoimmune** o **diabete mellito insulino-dipendente** dall'altro. Per quanto riguarda la patologia tiroidea, un recente studio multicentrico italiano ne dimostra la presenza in oltre • dei soggetti celiaci, con la seguente distribuzione: oltre metà di essi presenterebbe markers sierologici di tiroidite autoimmune (anticorpi antitiroglobulina - antiperoxidasi - anti TSH-recettori) anche con funzione tiroidea normale, in circa il 30 % sarebbe presente ipotiroidismo, nella rimanente parte ipertiroidismo. La correlazione nosologica tra queste due patologie è dimostrata sia

dalla aumentata prevalenza di tiroiditi nei soggetti celiaci, che di celiachia nei pazienti con tiroidite autoimmune.

Per tale motivo viene suggerito, oggi, di eseguire lo screening per m.c in tutti i soggetti con patologia tiroidea autoimmune e di studiare la funzionalità tiroidea, con la ricerca degli specifici anticorpi antitiroide, in tutti i soggetti con m.c, sia alla diagnosi che al follow-up.

La prevalenza della m.c nei soggetti con diabete mellito di tipo 1 sembra attestarsi tra il 3 % ed il 6 %, per cui viene consigliato lo screening per la m.c in tutti questi pazienti, non solo alla diagnosi ma anche al follow-up, a causa di una possibile tardiva sieroconversione. La correlazione genetica delle due malattie si evince dalla elevata frequenza degli alplotipi

HLA DQA1 e DQB1 osservata nei soggetti diabetici con m.c. Nonostante l'evidente associazione tra le due patologie, poco chiara appare la possibilità di un rapporto tra controllo della malattia diabetica e dieta rigorosamente aglutinata.

La prevalenza totale della m.c nella **malattia di Addison** viene ritenuta, oggi, tra l'8 % ed il 12 %. Poiché spesso, in tali casi, la m.c è asintomatica o associata a sintomi non specifici, viene suggerito di screenare per la m.c tutti i pazienti affetti da malattia di Addison.

Esistono anche numerose segnalazioni scientifiche di patologie epatiche autoimmuni associate alla m.c: un recente studio condotto su 255 pazienti con **cirrosi biliare, colangite autoimmune e colangite sclerosante primaria** ha posto in evidenza una prevalenza di celiachia (3,5 %) tale da suggerirne lo screening in tutti questi pazienti.

Tali epatopatie autoimmuni non sembrano però in atto facilmente correlabili alla riduzione della funzionalità epatica, che frequentemente si riscontra alla diagnosi di m.c. **Ipertransaminasemia** viene, infatti, riscontrata frequentemente (> 40 % dei casi secondo alcune casistiche) come unico segno iniziale di tale patologia.

La m.c deve, quindi, essere attentamente tenuta in considerazione prima di definire "idropatico" un innalzamento delle GOT e GPT sieriche. La corretta diagnosi e la dieta senza glutine determinano generalmente, in questi casi, una rapida normalizzazione della funzionalità epatica e del livello delle transaminasi, confinando in una più rara entità nosologica la possibilità di una epatopatia autoimmune.

Altre patologie autoimmuni (**ipopituitarismo - miocardiopatie...**) in corso di m.c costituiscono segnalazioni della letteratura scientifica patogeneticamente ineccepibili ma certamente rare.



Consenso informato

di Paolo Vigo

Il Consenso Informato è un aspetto molto importante in tutte le Professioni, ma nella professione medica riveste un'importanza preminente in quanto è il primo atto che qualsiasi medico deve compiere prima di intervenire sul paziente. Esso va visto sia dalla parte del paziente, che ha il diritto di essere informato nel modo più completo, chiaro ed onesto sui trattamenti cui viene sottoposto dal medico, sia dal punto di vista del professionista che ha il dovere di informare il paziente con tutti gli elementi disponibili perché questi possa decidere in piena consapevolezza e coscienza.

Infatti, il progresso raggiunto dalla scienza medica in questi anni, l'accresciuta cultura medica della popolazione, i rilevanti mutamenti sociali e culturali intervenuti hanno sempre di più rafforzato la necessità e l'esigenza della chiarezza relativamente alla diagnosi e alle procedure terapeutiche alle quali deve essere sottoposto un paziente per mantenere o migliorare il proprio stato di salute.

Ne consegue, sul piano etico e deontologico, l'esigenza di un esauriente e corretto dialogo fra medico e paziente al fine di giungere al consenso informato.

L'acquisizione del consenso informato non è una semplice formalità burocratica da sbrigare se e quando se ne abbia voglia, è invece la condizione imprescindibile per trasformare un atto normalmente illecito, la violazione dell'integrità psicofisica, in un atto lecito. E non basta neppure far sottoscrivere frettolosamente al paziente, come spesso accade nella prassi ospedaliera, un testo scarsamente comprensibile, circa le terapie che gli verranno praticate. E' invece necessario che il paziente, reso consapevole del suo stato di salute, sia posto in condizioni di valutare i rischi ed i benefici del trattamento cui verrà sottoposto per poi decidere liberamente se accettare o rifiutare la cura.

Il fatto è che spesso il professionista si ricorda del consenso informato solo se opera in ambito ospedaliero, dimen-

ticandosi di farlo quando si trova fra le mura del proprio ambulatorio. A volte ciò è dovuto a semplice dimenticanza o a mancanza di tempo, ma le conseguenze che ne derivano possono essere gravissime. Infatti, il codice di deontologia medica (titolo III, Capo IV, art. 30) prevede che il medico fornisca al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate; il medico nell'informarlo dovrà tenere conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche e dovrà sempre soddisfare qualsiasi ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente.

L'e informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza alla persona devono essere fornite con prudenza usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza. L'informazione a terzi è ammessa solo con il consenso esplicitamente espresso dal paziente fatto salvo quando sia in pericolo la salute o la vita di altri.

In presenza di un documentato rifiuto di persona capace di intendere e di volere il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona.

TABELLA. Consenso Informato: decalogo dei requisiti essenziali

- 1) deve essere scritto
- 2) la richiesta di consenso al trattamento proposto deve avvenire non oltre 24 ore precedenti l'inizio del trattamento stesso
- 3) il linguaggio utilizzato deve essere comprensibile
- 4) il modulo deve essere composto da una parte generale e da una parte contenente le specifiche tecniche
- 5) le informazioni devono riguardare l'appropriatezza del trattamento proposto con l'indicazione degli eventuali rischi
- 6) le informazioni devono chiarire le alternative possibili, anche se queste non fossero eseguibili in quella struttura
- 7) il modulo deve prevedere una dichiarazione esplicita sulla chiarezza, completezza ed adeguatezza dell'informazione ricevuta
- 8) il modulo deve contenere dichiarazione esplicita che la firma del medico non costituisce esenzione di responsabilità in caso di errore di diagnosi, cura e terapia.
- 9) Il consenso deve essere firmato congiuntamente dal paziente e dal medico con indicazione del giorno e, possibilmente, dell'ora. Se si tratta di un minore il consenso deve essere firmato da entrambi i genitori
- 10) Il consenso deve riportare l'indicazione della possibilità di revoca al trattamento, da parte del paziente, in qualsiasi momento

DI GIAMOCELO...

Non so se vi siete accorti ma, ancora prima dell'arrivo (infausto) dell'euro, è cambiato più di qualcosa nel settore "articoli sportivi". Prima dell'avvento del tessuto *acetato*, il massimo dell'originalità erano le due o tre strisce bianche sulla tuta di panno rigorosamente blu ed anche le scarpe da ginnastica erano identiche e dalle stesse rassicuranti caratteristiche: 1) economiche, 2) di stoffa blu con la punta di gomma bianca, 3) tragicamente maleodoranti prima ancora di essere indossate (figuriamoci dopo!).

Per fare ginnastica era uso comune - e sensato, direi - adoperare la più lisa delle proprie magliette destinata, com'è ovvio, ad essere sfinita in pochi mesi, pronta ad essere sostituita da un'altrettanto sbiadita e slabbrata t-shirt. Se qualcuno si fosse preso una "pausa di riflessione" in questi ultimi 15 anni e avesse deciso improvvisamente di re-iscriversi in palestra un consiglio: non si azzardi ad affidarsi ai ricordi per l'abbigliamento!

Si viene certamente scambiati per "alieni" se si prova a varcare la palestra con la maglietta stagionata (due taglie più grande, almeno), i comodi pantaloni sovraombelicali (quando non sottoascellari), i capelli legati a coda di cavallo e senza un filo di trucco (oh, quale nefandezza !!).

La crescente fortuna dei negozi di abbigliamento sportivo non è un caso: si è più "griffati" per andare in palestra che per una prima alla Scala. I pantaloni atillati a vita bassa dalle fogge più svariate, le magliette aderenti e i minuscoli top (dai prezzi inversamente proporzionali alle dimensioni) richiedono fisici scolpiti o facce "bronzee" che non si lasciano intimorire dalle "mollezze debordanti".

Le scarpe da ginnastica, che rappresentano un accessorio irrinunciabile, sono la voce economicamente più rilevante nel corredo sportivo. Il trucco e la piega, che si mantengono incredibilmente intatte anche dopo 1 ora di *Spinning*, sono un miracolo della scienza e della tecnica che ancora mi devo spiegare.

Ma ritorniamo alle scarpe i cui prezzi esorbitanti hanno colpito la mia attenzione tanto da dedicargli queste poche righe. Sono solo io a stupirmi o impressiona anche voi che un paio di scarpe da tennis, con le molle o senza, possano pagarsi 200 € all'incirca? Si tratta di 400 mila lire del vecchio conio, come direbbe un noto presentatore. E non credo che sia un caso se la Nike abbia creato un modello che si chiama Shox, si riferisce senz'altro all'accidente che prende i genitori quando si recano alla cassa: uno "shox" appunto. Ho letto di recente che la Nike, colosso



di Maria Libranti

industriale che fattura miliardi di euro, ha confermato candidamente ciò che da tempo si vociferava: nei suoi stabilimenti non esita ad arruolare minorenni che svolgono, al pari degli altri operai, turni di 13 ore al giorno durante le quali mal si tollerano le interruzioni, anche solo per bere o andare al bagno.

Considerando che la paga dei poveretti supera di poco un dollaro al giorno, comprare un paio di shox in Italia richiederebbe ad un operaio asiatico circa 6 mesi di lavoro.

E' vergognoso, *digiamocelo!* Mentre esterno, indignata, i miei propositi di non acquistare mai più nessun articolo della Nike - al gruppetto di adolescenti che mi circonda (per via dei miei figli maggiori di 16 e 14 anni rispettivamente) ecco che sopraggiungere un altro "shox", ben più grave del precedente: mi guardano prima esterrefatti e poi compassionevoli, rivolgendomi, con cinico disinteresse, appellativi che vanno dal "Don Chisciotte" alla "Vecchia bisbetica"!

E' grave ed inquietante è che i giovani d'oggi siano tanto disincantati e, al tempo stesso, qualunquisti, privi di passioni, conformisti, incapaci d'indignarsi - com'è da sempre prerogativa dei giovani - per ciò che d'ingiusto li circonda (e dire che di materiale per indignarsi gliene stiamo fornendo parecchio), preoccupati soltanto di non vedere minacciato in alcun modo il tenore di vita che - sbagliando, certamente sbagliando-noi genitori cerchiamo di mantenergli più agiato possibile. Ho passato gli "anta" eppure mi sembra di essere più idealista e "rivoluzionaria" dei nostri ragazzi nel tentativo, giudicato da loro patetico, di oppormi alla "vorace" multinazionale, non certo per intaccarne i guadagni (poche voci sono come una goccia nel deserto) ma quantomeno per non sentirmene complice. E' uno sfogo inconcludente ma il riscontro di tanta apatica indifferenza, perfino nei minorenni, mi amareggia alquanto.

Come avrebbe fatto Gino Paoli, se oggi avesse avuto 20 anni, a trovare *'Quattro amici al bar'* tutti con la voglia di cambiare il mondo?

rubriche



Una transizione spesso difficile: il neonato pretermine dalla terapia intensiva neonatale al pediatra di famiglia. Le indicazioni di Giovanni Corsello, professore ordinario di pediatria dell'Università di Palermo, sono un prezioso aiuto per ciascuno di noi.

Dott. Gulino: Il neonato pretermine che viene dimesso ha dei bisogni particolari ?

Prof. Corsello: Il neonato pretermine viene dimesso sempre più presto dalle Unità Operative di Neonatologia.

Gli obiettivi di una dimissione più precoce nei pretermine sono diversi: favorire i processi di integrazione psicologica ed affettiva con i genitori, spesso difficili in ospedale e così importanti per la sua maturazione psicomotoria, dare un maggiore impulso all'allattamento materno.

Un tempo per la dimissione si aspettava che il neonato pretermine, anche se in buone condizioni di salute, raggiungesse un peso intorno ai 2500 grammi. Oggi si tende a dimettere un neonato pretermine quando il suo peso è intorno a 2 Kg, purché non siano presenti patologie associate, si alimenti in modo autonomo e valido, abbia avuto un incremento di peso regolare nel corso degli ultimi 5-7 giorni.

La dimissione di un pretermine deve comunque essere particolarmente protetta: a casa ha infatti bisogno di un livello di attenzione maggiore rispetto ai neonati a termine, in particolar modo sino a quando non raggiunge la sua età cosiddetta corretta (pari a 40 settimane dal concepimento). Bisogna essere sicuri che abbia un apporto calorico e proteico quotidiano in linea con i suoi fabbisogni; il suo bilancio ponderale deve essere più stretto ed accurato, nei periodi epidemici bisogna ridurre il rischio di contagio evitandone la permanenza in ambienti chiusi, affollati o esposti ad inquinanti ambientali quali il fumo di sigaretta, per evitare o ridurre il rischio che contragga infezioni soprattutto gastroenteriche e respiratorie.

I genitori devono poter essere in grado di comunicare in qualsiasi momento con il pediatra di famiglia e con il neonatologo del centro per esigenze specifiche che non sempre sono differibili, almeno sul piano psicologico.

G.: Quali sono i problemi più comuni di questi bambini?

C.: Il ritardo di accrescimento, soprattutto se il neonato alla nascita era piccolo per la sua età gestazionale, le difficoltà di alimentazione, la suscettibilità a contrarre infezioni, soprattutto se il neonato non è alimentato con latte materno, le possibili disarmonie dello sviluppo psicomotorio ed i deficit sensoriali uditivi o visivi, soprattutto per quei neonati con patologie neurologiche documentate, le difficoltà respiratorie, soprattutto nel caso di neonati con patologia cronica o a lungo sottoposti a ventilazione assistita ed ossigenoterapia.

A lungo termine questi neonati possono sviluppare una bassa statura; il 15% circa dei neonati pretermine con ritardo di crescita intrauterino infatti a 2 anni non recupera il gap di sviluppo presente alla nascita; questi bambini sono peraltro a rischio di problemi cardiovascolari, degenerativi e metabolici in età adulta (ipertensione, aterosclerosi, obesità, diabete mellito).

G.: Quali sono i controlli clinici di competenza del pediatra di famiglia e quali quelli del neonatologo dopo le dimissioni ?

C.: Il pediatra di famiglia ha il compito di valutare attraverso attenti bilanci di salute l'accrescimento, l'alimentazione e l'armonia dello sviluppo nella sua globalità. Deve inoltre occuparsi di garantire il percorso vaccinale, il proseguimento corretto di eventuali trattamenti farmacologici o riabilitativi prescritti al neonato, ed esercitare un compito di sorveglianza nei confronti della emergenza di eventuali disordini e disabilità.

Il neonatologo nel corso del follow-up dedicato che seguono i pretermine dopo la dimissione, attraverso una valutazione multidisciplinare, ha il compito di valutare la qualità dello sviluppo, l'esistenza di eventuali deficit neurologici e sensoriali correlabili con la prematurità, identificare eventuali disordini carenziali, quali l'anemia sideropenica o l'osteopenia, impostare eventuali controlli di laboratorio e di imaging (ecografie cerebrali).

G.: Il neonato prematuro necessita spesso di un intervento multidisciplinare, che spesso confonde

i genitori. Come aiutarli ?

G.: Il centro di riferimento ha il dovere di garantire i controlli plurispecialistici secondo un protocollo che oggi si definisce integrato, cercando di concentrare gli interventi necessari e di ridurre il numero dei richiami, interagendo con i genitori e con il pediatra di famiglia, limitando le riospedalizzazioni e l'eccessiva medicalizzazione degli interventi.

Il pediatra di famiglia deve svolgere dal suo canto una parte attiva in questo processo, di cui deve conoscere e cogestire il programma, evitando nel contempo di dare messaggi dissonanti rispetto a quanto proposto dal centro di riferimento.

Da questo punto di vista è importante che la collaborazione e le sinergie tra i neonatologi ed il pediatra di famiglia comincino già durante il periodo di ricovero del neonato, quando superato il periodo critico delle patologie acute, comincia il lungo e spesso accidentato percorso della crescita e dello sviluppo all'interno della culla termica prima e del lettino dopo.

G.: Il neonato prematuro "sano" necessita di un approccio particolare in tema di alimentazione e di vaccinazioni?

C.: Il neonato pretermine senza patologia cronica associata non richiede particolari interventi in tema di alimentazione, tranne per alcune caratteristiche nutrizionali del latte e per la supplementazione di minerali e vitamine, di cui invece il neonato a termine sano può in genere fare a meno.

Ciò è dovuto al fatto che la maggior parte del

trasferimento di minerali, ferro e calcio in particolar modo, si verificano nel terzo trimestre di gravidanza.

Per questo il neonato pretermine ha sempre una carenza dei depositi, che richiede una prolungata supplementazione di ferro e di vitamina D, per la profilassi dell'anemia sideropenica e dell'osteopenia.

Per quanto riguarda il latte, bisogna ricordare che il latte materno del pretermine è spesso inadeguato dal punto di vista della quantità delle proteine rispetto ai fabbisogni del prematuro, per cui deve essere fortificato in modo idoneo (esistono prodotti ad hoc) o integrato con formule per pretermine nel caso che sia insufficiente.

Il latte iperproteico, spesso arricchito con altri componenti "funzionali" (prodotti di derivazione dagli acidi grassi a catena molto lunga), deve essere garantito per le prime 8 o 12 settimane dopo la dimissione o sino al raggiungimento di un peso compreso tra 2800 e 3000 grammi, per evitare un deficit proteico che potrebbe rivelarsi problematico in termini di accrescimento e di possibili patologie carenziali.

Nessuna differenza invece per le vaccinazioni raccomandate, che devono seguire il normale calendario sulla base dell'età anagrafica.

Particolarmente utili nel pretermine sono le vaccinazioni cosiddette consigliate, antipneumococcica ed antimeningococcica, ormai inserite a pieno titolo nel calendario sulla base del decreto del 15 aprile 2005. I pretermine con età gestazionale più bassa (< 28 settimana), quelli con malattia polmonare cronica o cardiopatie congenite emodinamicamente attive, o i pretermine con età gestazionale compresa tra 28 e 32 settimane in presenza di fattori di rischio, devono essere sottoposti nei mesi della epidemia da virus respiratorio sinciziale a profilassi con palivizumab (anticorpo monoclonale anti VRS) per ridurre il rischio di ospedalizzazione da bronchiolite.

G.: Quando il neonato pretermine senza problemi cronici diventa bambino "normale"?

C.: Il neonato pretermine senza malattie croniche o disabilità importanti va sempre considerato sin dalla sua dimissione un bambino normale.

Ha dei bisogni speciali in termini di valutazioni cliniche più attente e ravvicinate, necessita di idonee supplementazioni di oligoelementi, di un latte più ricco di alcune componenti, ma la sua gestione clinica va impostata secondo concetti di prevenzione e di profilassi che vanno proposti ai genitori ed alla famiglia come garanzia di salute anche a lungo termine.





di Antonino Gulino

Lo sviluppo economico ha trasformato la nostra nazione da patria di emigranti in terra promessa per migliaia di disperati alla ricerca di un futuro. Con l'avvento della primavera i nostri mari si popolano di imbarcazioni fatiscanti cariche di clandestini che cercano un rassicurante approdo nelle nostre spiagge.

I mass-media ci informano con svogliata solerzia sul numero giornaliero di sbarchi, sulle tragedie del mare, ma non riescono a dare un nome, una storia, un'anima, alle tante facce che scorrono dietro l'obiettivo delle telecamere.

Marco Tullio Giordana, uno dei registi più attenti ai mutamenti della nostra società, ha provato nell'ultima sua opera, *Quando sei nato non puoi più nasconderti*, a darci un'immagine diversa di questo fenomeno, utilizzando lo sguardo curioso e senza pregiudizi di un bambino.

Sandro il protagonista del film è l'unico figlio di una coppia di giovani imprenditori bresciani, un ragazzino introverso e sensibile, chiuso nel suo mondo fatto di videogiochi, di esasperate attenzioni, di benessere. Una crociera in barca con il padre diventa occasione di una drammatica esperienza, il ragazzo cade in acqua durante

la notte e rischia di annegare, ma come in tanta letteratura di avventura dell'800, uno sconosciuto lo salva e lo trascina a bordo di una carretta del mare carica di clandestini.

Il ragazzo è impaurito ma nel contempo attratto da quel microcosmo di umanità diversa, estranea forse ostile, che lo guarda senza curiosità. Soltanto il suo giovane salvatore rumeno e sua sorella gli sono vicini, lo aiutano a conoscere le leggi che regolano quello strano universo.

Sandro con il passare dei giorni si sente parte di quel gruppo, tanto che all'arrivo in Italia non si allontana da loro, sente il dovere di condividere la loro sorte, si sente uguale a loro.

L'arrivo dei genitori, il ritorno a casa, il maledetto tentativo di dare almeno ai due giovani amici l'opportunità di un inserimento nel proprio mondo, non cancelleranno la sua esperienza, la scoperta che dietro quelle facce disperate, dietro quelle voci, quelle lingue sconosciute, ci sono uomini.

Sandro nel suo breve viaggio nella diversità, è diventato improvvisamente adulto, consapevole dei suoi privilegi ma pronto a dare qualcosa di sé, come il panino offerto alla giovane prostituta rumena, a

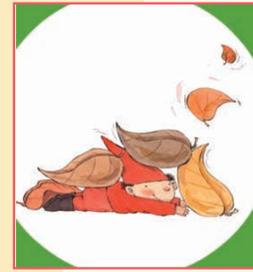
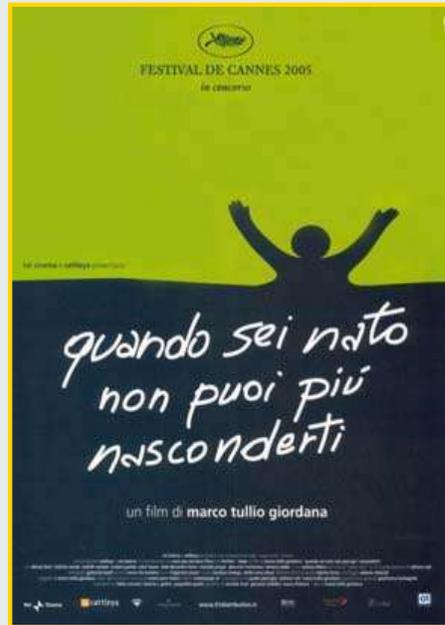
L'angolo della poesia Selvaggia

di Maria Rita Allegra

Spezzate le ali
l'aquila si dibatte
nel suo nido.
Puntati
come arma a valle
e dolci visioni di cielo a
monte.
Un velo offusca
per un baleno, e leccate le
ferite aspetta calma
l'attimo di salvezza; e più
forte, librata tra i venti,
padrona dei cieli e delle
valli.

chi non chiede altro che l'opportunità di vivere dignitosamente.

Il film, pur con qualche ambiguità, merita di essere segnalato soprattutto per la capacità dell'autore di affrontare il difficile tema dell'integrazione con rigore intellettuale ma anche con la delicatezza di un bambino, che guarda e giudica col cuore, senza gli inutili pregiudizi di una società vecchia ma non saggia.



recensioni

Solo tu mi vedi

Solo tu mi vedi
di Clara Sabrià e Mabel Pierola
Ed. Lapis, 2004 - € 10,00

È un albo diverso quanto meno perché, nell'aspettarsi da un libro una comunicazione fatta di parole, ci si ritrova invece davanti ad un testo rigorosamente senza parole, tanto che lo stesso titolo si può scoprire, quasi fosse superfluo, solo nella quarta di copertina, insieme alle notizie editoriali. Il libro fa parte della collana "I senza parole" che, come è ovvio, raccoglie unicamente testi in cui tutto è raccontato per immagini.

Il volume, piccolo e quindi più maneggevole, attraverso l'uso di tavole leggilissime, celebra il potere fantastico delle storie raccontate che riescono a rendere reali anche i personaggi più insoliti, come un folletto ad esempio, che diventa visibile, chissà perché, solo ai bambini e si materializza per chi, filtrando tutto tramite una limpida e fantasiosa immaginazione, riesce a giocare e gioire anche solo con piccoli lampi di fantasia.

Le immagini utilizzate, pur nella grande semplicità del segno, sono notevolmente ricche di particolari di cui i bambini, anche molto piccoli, potranno dare facilmente "lettura", riconoscendo oggetti e situazioni, personaggi e stati d'animo: una occasione veramente importante per fare leggere chi non padroneggia la lettura

dei segni alfabetici grafici ma ha già sufficienti occhi per vedere, guardarsi intorno, dare parole a ciò che lo circonda.

Il libro nelle mani di un bambino avrà il grande potere di farlo sentire autonomo leggendo ancora prima di poterlo realmente fare, con quanto di positivo ciò si porta dietro: la possibilità di accoppiare pensieri e parole, la urgente necessità di esprimersi, il confronto delle situazioni proposte e vissute.

Ma si tratterà anche di un momento imperdibile di invertire i ruoli del lettore e diventare, noi adulti, coloro che stanno ad ascoltare una storia letta dai bambini.

Per non parlare poi delle numerose opportunità di leggere a vari livelli, di modificare di volta in volta le parole, di cercarne di nuove, di scoprire particolari nascosti, di giocare con la storia, di riproporla in termini diversi secondo i personaggi che parlano e di quant'altro ancora la nostra fantasia, guidata sapientemente da quella dei bambini, riuscirà ad inventarsi.

Come dire che la forza delle immagini, per certe età, si manifesta nettamente più prorompente del potere della parola!

giusi geremia

Sport e omeopatia

di Angelo Fazio

Non c'è dubbio che un allenamento programmato e progressivo è indispensabile per migliorare le proprie prestazioni senza causare problemi di sovraccarico al nostro organismo, tuttavia qualche consiglio omeopatico può essere dato. Prima di uno sforzo intenso per prevenire l'esaurimento fisico si può somministrare Arnica ogni 4 ore.

Questo rimedio è anche indicato per i dolori da traumi, distorsioni allorché il paziente non può sopportare il dolore, ha paura di essere toccato perché sa che anche un piccolo sfioramento può provocargli dolore, ha la sensazione di contusione e cosa strana ha la sensazione che il letto sia troppo duro.

Un altro farmaco omeopatico è Bryonia che è indicato quando dopo il trauma il paziente vuole rimanere assolutamente immobile. Se invece dopo una distorsione il paziente è irrequieto ed ha la necessità di muovere l'arto colpito il rimedio sarà Rhus Toxicodendron.

Quando dopo il trauma la sintomatologia migliora con applicazioni di ghiaccio (cosa assai comune da vedere nei calciatori) il rimedio sarà Ledum palustre da somministrare più volte durante la giornata. Buon divertimento.

I Pink Floyd di nuovo insieme per l'Africa

appunti sparsi

"Come la maggior parte delle persone, voglio fare tutto ciò che posso per persuadere i leader del G8 a fare le cose giuste per diminuire la povertà e aumentare l'aiuto al terzo mondo. E' folle che l'America dia una percentuale così insignificante del proprio prodotto interno alle nazioni che stanno morendo di fame.

Qualsiasi bisticcio che ci sia stato tra Roger e la band è niente in questo contesto e se rimetterci insieme e partecipare al concerto Live 8 aiuterà a portare l'attenzione su questi temi, allora ne vale davvero la pena".

I Pink Floyd sono divisi da 23 anni dal loro ideologo Roger Waters, per 23 anni hanno colloquiato con lui tramite tribunali e avvocati e da 23 anni non suonano insieme.

filippo di forti

Position's statement's: nichilismi e annichilimenti ambulatoriali

di Filippo Di Forti

I livelli minimi assistenziali, associati ai livelli terapeutici e livellamenti retributivi evocano ricordi alla De Curtis, con l'aggravante di degustarne gli assaggi già in vita. Dati inquietanti emergono da un recentissimo Position statement della società australiana di immunologia ed allergologia (vedi fig.).

I detrattori affermeranno che ciò è frutto di una realtà diversa dalla nostra, ciò potrebbe essere vero, ma questo documento proviene dalla recensione di ciò che la letteratura mondiale ha emanato su quell'argomento ed un crisma di attendibilità deve essere conferito.

Cercando di allontanare la mia naturale antipatia per editti emendamenti et similia, non posso fare a meno di annichilirmi, alla notizia, che occorran ancora studi, per dimostrare una correlazione tra esposizione ad acari, sensibilizzazione e sviluppo di malattia.

Così come fu nel 1943, ovvero "tutti a casa", si assiste alla firma di un armistizio con i filtri HEPA, acaricidi, comprimaterassi e deumidificatori.

Il mesto ritorno nelle case buie ed umide, per respirare a pieni polmoni, nel pieno rispetto dell'Hygiene hypothesis, der p1 e der p2, sicuramente fa regredire in un clima di dopoguerra.

A sopravvivenza guadagnata, potremmo dire di aver rimodellato la nostra vita in sintonia con i nostri bronchi, ma nuovi scenari vengono aperti dalla raccomandazione di dare, in mancanza di latte materno, direttamente idrolisati proteici al bambino con rischio atopico, affermazione quest'ultima da analizzare senza prevenzioni culturali, ma con criticismo costruttivo.

A volte spulciando la letteratura, si assiste da una sponda ad esaltazione di risultati randomizzati in doppio cieco etc..etc.. e dall'altra a Position's Statement's dall'apparente cecità su quanto pubblicato.

The Australasian Society of Clinical Immunology and Allergy position statement: summary of allergy prevention in children. Med.J.Aust.2005 May 2; 182 (9): 464-7

- Storia familiare di allergia ed asma identifica i bambini a rischio
- Restrizioni dietetiche e riduzione di esposizione ad allergeni inalanti non sono raccomandate in gravidanza
- Si raccomanda l'allattamento al seno per altri benefici effetti e se manca, l'utilizzo di formule idrolisate solo in bambini ad alto rischio
- Formule a base di soia o di altro tipo non sono raccomandate per ridurre i rischi di allergie alimentari
- Il ritardo dell'introduzione di alimenti complementari non ha dimostrato avere un effetto protettivo
- Sono necessarie altre ricerche per determinare la relazione tra esposizione ad acari e sviluppo di sensibilizzazione e malattia
- Nessuna raccomandazione può essere data per la riduzione della esposizione ad allergeni per la sensibilizzazione
- Nessuna raccomandazione può essere data circa la esposizione al gatto e sua correlazione a sviluppo di malattia allergica
- Il fumo in gravidanza è dannoso
- Nessuna raccomandazione pro uso di probiotici
- Immunoterapia è opzionale per bambini con rinite e può prevenire il susseguente sviluppo di asma

Tutto ciò all'allergonauta fa evocare inquietanti avvicinamenti tra EBM e medicine alternative.

Se da un lato con feroce crudeltà si cassa ogni lavoro "emergente" con un "nichilismo" annichilente, dall'altro si enfatizza un'azione "atossica" e per tanto utile, di rimedi, erbe, aghi e diete biafrane.

Sicuramente il tutto è segno di una importante "vivacità culturale" e di una forte capacità di mettersi in discussione dell'EBM, ma l'annichilimento costruttivo di noi poveri operatori della salute, auspica la stessa capacità al di là del Rubi-

cone, poichè irrigidimenti su posizioni pre-costituite potrebbero essere foriere di "rigor mortis" difficilmente curabili.

Assisteremo ad un progressivo avvicinamento delle convergenze parallele? Transfughi tra le due rive del Rubicone si daranno la mano, in un compromesso storico

tra i due poli?

La "vivacità culturale", che ne potrebbe scaturire, sarebbe esaltante, finalmente, il barone ed il netturbino, evocati da Totò, potranno stringersi la mano...in eterno!

LO STUPIDIATRA

a cura di Fidifo

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

Dopo un anno di "segregazione nasale", "le gengive sono ormai al capolino" e c'è voglia di viaggiare in maniera programmata, infatti, "il bambino mentre mangiava gli è partito lo stomaco" in attesa

di ricongiungersi con se stesso nel luogo di villeggiatura, che si sa è pieno di tentazioni e dare al bambino con otalgia le "hot-line (localin-oto), farebbe venire la "pelle a mortadella" a chiunque. Ammalarsi in quelle

zone è sconsigliabile infatti quello sciroppo "che una volta che si apre non si può aprire più", " se non lo vomita non se lo prende". Solo allora la soluzione sarebbe una sola: dare un "infiammatorio"!



di Antonio Russo

La mamma di Giovanni viene in ambulatorio molto preoccupata perché, ad un controllo occasionale effettuato dal medico della palestra, è stato rilevato che il ragazzo ha la pressione alta "come suo padre".

Non sembra che l'ipertensione fosse associata a sintomi. Giovanni, che ha 8 anni, va in palestra perché è "un po' robusto". In effetti pesa 30 Kg (90° centile) ed è alto 132 cm (75° centile); non ha mai sofferto di patologie importanti, ed alla visita non trovi nulla.

Ti appresti a misurare la pressione e ti accorgi che uno dei bracciali dello sfigmomanometro copre quasi tutta la lunghezza del braccio di Giovanni, mentre l'altro meno della metà.

Quale bracciale scegli?

- a. quello grande
- b. quello piccolo
- c. indifferente
- d. entrambi inadatti

Rilevi una pressione sistolica superiore al 95° centile per l'età ed il sesso.

Qual è la tua conclusione?

- a. ipertensione grave, per cui dispongo il ricovero
- b. ipertensione lieve, per cui programmo indagini di laboratorio e strumentali mirate all'apparato urinario, cardiovascolare ed endocrino
- c. possibile ipertensione, per cui ripeto la misurazione e programmo ulteriori misurazioni della pressione nei prossimi giorni

Vari fattori condizionano la corretta misurazione della PA nel bambino (tranquillità dell'ambiente, serenità del paziente) il più importante dei quali è la misura del bracciale. Questo deve ricoprire tre quarti o più della

lunghezza del braccio, in quanto bracciali più piccoli sovrastimano la pressione.

La misurazione della PA dovrebbe essere eseguita dal pediatra di famiglia almeno una volta l'anno. Si definisce ipertensione una pressione sistolica, o diastolica, o entrambe superiore al 95° centile per l'età ed il sesso, misurata e confermata in tre occasioni distinte.

L'ipertensione viene considerata grave quando è sintomatica (insufficienza cardiaca, cefalea, vomito, disturbi visivi, paralisi del facciale, dolore addominale, insufficienza renale) oppure quando il valore pressorio supera di 20-25 mmHg il 95° centile. Alcuni parlano di ipertensione lieve (o borderline) quando la PA è compresa tra 90°-95° centile.

La valutazione del paziente iperteso asintomatico deve comprendere un'anamnesi mirata ai fattori di rischio (familiarità, alimentazione, stile di vita) ed un esame obiettivo volto a riconoscere segni fisici di sindromi associate ad ipertensione (Cushing, Turner, Williams), macchie caffelatte (possibile stenosi dell'arteria renale nella neurofibromatosi), segni e sintomi di ipertiroidismo, di coartazione aortica (polsi diminuiti e PA più bassa agli arti inferiori).

L'obesità è il dato obiettivo più comune nel bambino iperteso e asintomatico. In assenza di dati obiettivi di patologia, la valutazione di laboratorio può limitarsi all'esame d'urina e all'emocromo, per individuare un interessamento renale silente.

La riduzione del peso corporeo e l'incremento dell'attività fisica sono gli unici interventi dimostrati efficaci, mentre la riduzione dell'apporto sodico va consigliata solo se eccessivo ma è difficilmente applicabile e non è chiaro se abbia la stessa efficacia che mostra nell'adulto.

Risposte corrette: A e C

"Non è a tutt'oggi un'entità contemplata dalla scienza medica".

Peter Pan: sindrome e mito

di Angelo Milazzo

La sindrome di Peter Pan fu coniata come termine nel 1983 dallo psicologo Dan Kiley nel suo libro: "La sindrome di Peter Pan: uomini che non sono mai cresciuti". Tale condizione è stata indagata da filosofi, pedagogisti e soprattutto da sociologi. Indubbiamente oggi permangono in molti adulti tratti adolescenziali. E' una caratteristica della nostra epoca il rifiuto di assumere il proprio ruolo, prolungando la fase dell'adolescenza di fronte alle difficoltà del futuro. La "sindrome" si caratterizza così in un rinvio nell'assunzione di responsabilità. Si manifesta anche con comportamenti ludici, spesso in gruppo, con codici e comportamenti diversi da quelli dell'adulto: linguaggio, modo di vestire, consuetudini, orari, ecc.

Alcuni psichiatri hanno focalizzato l'attenzione sull'atteggiamento, molto diffuso tra gli adolescenti e gli adulti contemporanei, di mancata ricerca di autonomia, di incapacità di autogestione, di deresponsabilizzazione, del voler godere il più a lungo possibile dei vantaggi dell'età infantile.

Del resto il desiderio di restare adolescenti, di comportarsi e vestire come tali, di evitare l'assunzione di responsabilità, viene suggerito anche da una buona parte dei messaggi pubblicitari.

E' paradossale la condizione contemporanea nella quale ad una maturazione del corpo sempre più precoce fa da contrasto la paura di crescere. Da qui nasce il conflitto che può portare ad atteggiamenti regressivi. A volte si tratta di una specie di "limbo" tra realtà ed evasione, presente anche in età avanzate.

Ma noi medici possiamo per il momento stare tranquilli. Non abbiamo nessuna esigenza di porre questa diagnosi, poiché **la sindrome di Peter Pan non è a tutt'oggi un'entità contemplata dalla scienza medica**. Dobbiamo sempre considerare che caratteristiche dell'adolescente sono anche: il sogno, l'utopia, la voglia di cambiare, di protestare contro le ingiustizie, ed inoltre l'arroganza e la temerarietà, la disperazione e l'esaltazione, che in realtà nascondono la paura e l'insicurezza, il bisogno di esempi e modelli di vita "solidi". **L'incapacità o addirittura il rifiuto di troppe famiglie a minimamente educare bambini ed adolescenti rappresentano forse l'aspetto più disarmante del cosiddetto "declino" della società moderna, ed in particolare di quella italiana.**

Ma per fortuna al nostro Peter Pan non è stata soltanto appioppata una "sindrome". Il personaggio dell'eterno fanciullo è entrato nel nostro immaginario sociale: come **simbolo, archetipo, mito vero e proprio**. Il nostro Peter non può essere solo identificato con un "complesso" che affligge tanti individui della nostra epoca, ma deve restare soprattutto il simbolo

svolazzante dell'utopia, della fantasia, della vita.

Processi simili di universalizzazione simbolica hanno caratterizzato ben poche figure della letteratura. Possiamo ricordare: Don Chisciotte, quale idealista destinato ad essere schiacciato dalle realtà; Pinocchio, quale metafora della bugia; Cenerentola, quale miracolo dell'amore, ecc.

Ma come si fa a non restare affascinati dal mito del bambino-folletto che, per paura di crescere, vola via dalla finestra della sua camera, per rifugiarsi nell'Isola che non c'è, cioè nel luogo della nostra fantasia, cioè in un mondo di favola, in cui peraltro il tempo viene scandito soltanto dal tic tac di una sveglia inghiottita da un cocodrillo? Lì, tra polveri magiche, bambini sperduti, pirati, fatine e sirene, c'è soprattutto la possibilità di volare verso i propri sogni e di non porre mai fine alla propria adolescenza! La Storia ci insegna che non può esserci creatività senza limiti da superare, barriere da infrangere, ostacoli contro cui combattere. Ma se creare è forzare i limiti, è necessario che questi limiti siano presenti: rappresentati dalle norme della cultura, dell'ordinamento sociale, dalle Leggi, dall'educazione. E qui mi preme sempre ritornare sulla forma prevalente di incuria, e quindi di violenza, cui vengono esposti i bambini della nostra epoca: **la mancanza di regole, di limiti, di educazione.**

Talvolta i bambini e gli adolescenti moderni non hanno neppure desideri, poiché vengono intontiti dal consumismo, dal permissivismo, dal relativismo, prima ancora che possano elaborare un loro mondo di sogni e di aspirazioni.

Indubbiamente tutti noi manteniamo qualche caratteristica dell'infanzia. Il nostro passato non scompare mai senza lasciare traccia. La fantasia e, perché no, l'utopia non sono necessariamente segno d'immaturità, anzi, possono essere il "sale della vita". La capacità di "volare" consiste soprattutto nell'apertura al nuovo, al cambiamento, nella capacità appunto di vedere la realtà "dall'alto". Ma è il nostro cuore o il nostro cervello che ha bisogno di una spruzzatina di polvere magica?

Ma forse non abbiamo scelto di fare i pediatri anche per restare un po' bambini fra i bambini? Certo in natura, come sempre, è questione di equilibrio. **Equilibrio** tra il giocare e il non giocare, tra il divertimento e l'impegno inflessibile, equilibrio tra l'adulto e quel po' di bambino che è rimasto sempre in noi. Ma, soprattutto come pediatri, non smettiamo quindi di giocare, **non smettiamo di parlare ai bambini, non smettiamo di parlare come bambini.**



Pillole di... endocrinologia

DIABETE E SPORT

(parte terza)

di Francesco Privitera

Come abbiamo visto nei precedenti numeri, è possibile consentire al ragazzo diabetico di praticare una disciplina sportiva senza che ne abbia nocimento, anzi con benefici, purché osservi le regole precedentemente descritte.

Ma quali sport può scegliere un diabetico? In teoria qualunque tipo di sport, tuttavia è opportuno fare alcune distinzioni. Potremmo per praticità seguire le indicazioni di un noto diabetologo francese (Fromantin) e distinguere gli sport in:
a) "obbligatori";
b) raccomandati;
c) autorizzati;
d) proibiti;

a) con questa definizione si vogliono intendere le attività fisiche come la marcia e quindi in ultima analisi il "movimento" (per esempio fare in modo di non usare i mezzi di trasporto, salire le scale al posto dell'ascensore ecc.), praticamente ciò che di norma dovremmo fare tutti;
b) sono vari e debbono essere scelti dal paziente e praticati con piacere come passatempo.

Lo sport infatti per essere utile deve essere praticato regolarmente per un lungo periodo.

Tra gli sport raccomandati ci sono:

- la *marcia veloce* o

"*footing*" svolta possibilmente tutti i giorni ;
- la *corsa leggera* o *jogging*, che è più impegnativa della precedente e che quindi si fa in modo graduale;
- il *nuoto*, perché sport completo;
- lo *sci* sia di fondo che da discesa;
- il *pattinaggio su ghiaccio*;
- il *tennis amatoriale*;
- l'*equitazione*;
golf.

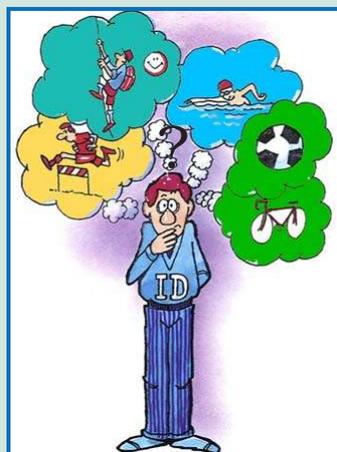
c) sono quelli che il diabetico può praticare sotto controllo medico, in quanto, essendo da competizione, comportano più rischi (vedi tab.1).

Per sport da competizione non si intendono solo quelli effettuati in tornei professionistici, ma anche quelli svolti tra ragazzi per divertimento.

Il rischio di ipo o iperglicemia infatti è identico per il diabetico che fa una partita di pallone in un campetto di periferia come per quello che gioca in serie A.

d) sono proibiti gli sport violenti (ad es. *pugilato*, *lotta libera*), gli sport solitari (ad es. *alpinismo*, *paracadutismo*, *immersioni subacquee*) e gli sport pericolosi (ad es. *automobilismo*, *motociclismo*, *motonautica*).

Si comprende facilmente il perché di queste proibizioni, in quanto una lievissima ipoglicemia insignificante in altre condizioni, può determi-



nare una diminuita attenzione e concentrazione con conseguenze tragiche.

Il mondo sportivo è pieno di atleti diabetici che hanno raggiunto traguardi a livello nazionale o internazionale. In Italia fino a non molto tempo fa ottenere una *certificazione di idoneità* per partecipare a gare era estremamente difficile per il diabetico: infatti il medico sportivo si avvaleva del D.M. del 28.2.1982, nel quale non è presa in considerazione la situazione specifica del diabetico.

In questa vacatio, il medico non concedeva ai diabetici l'idoneità.

Di fatto questo divieto creava spesso gravi problemi psicologici nel giovane che si sentiva "diverso" dai coetanei e sviluppava un evidente senso di inferiorità.

Poiché le più moderne terapie consentono di far raggiungere al diabetico un compenso tale da renderlo capace di prestazioni fisiche e mentali sovrapponibili a quelle dei soggetti "normali", grazie alle lotte di diabetologi e associazioni di diabetici, si è avuta la legge 115 del 16 Marzo 1987 in cui l'art. 8 recita: "la malattia diabetica priva di complicanze invalidanti non costituisce motivo ostativo al rilascio del certificato di idoneità fisica per l'iscrizione nelle scuole di ogni ordine e grado, per lo svolgimento di attività sportive a carattere non

agonistico e per l'accesso ai posti di lavoro pubblico o privato, salvo i casi per i quali si richiedono specifici, particolari requisiti attitudinali.

Il certificato di idoneità fisica per lo svolgimento di attività sportive agonistiche viene rilasciato previa presentazione di una certificazione del medico diabetologo curante o del medico responsa-



bile dei servizi di cui all'art. 5, attestante lo stato di malattia diabetica compensata nonché la condizione ottimale di autocontrollo e di terapia da parte del soggetto dia-betico".

Quindi anche il diabetico può fare sport a livello agonistico, purché sappia fare bene l'autocontrollo e venga seguito da una équipe di persone qualificate (diabetologo, medico sportivo, allenatore) le quali ognuno per le proprie competenze e collaborando tra loro, faranno in modo tale che il controllo metabolico sia sempre ottimale, e quindi fare svolgere l'attività agonistica in sicurezza.

Tabella 1

SPORT AUTORIZZATI AL DIABETICO SOLO SOTTO CONTROLLO MEDICO

Calcio, tennis agonistico, baseball, basket, pallavolo, pallanuoto, pallamano, ciclismo agonistico, canoa, windsurf, judo, atletica leggera, ping-pong, vela, motonautica, salto, giavellotto, lancio del disco, lancio del peso, ginnastica artistica, aerobica, presciistica, danza classica o moderna, canottaggio, sci agonistico, ecc.



I cocktail dell'estate

http://www.elbasun.com/Drinks_Foods/cocktail.htm

Con l'arrivo della bella stagione i drink diventano protagonisti delle calde giornate dedicate alla seduzione e al divertimento. Frutti tropicali, agrumi, menta e un po' di ghiaccio sono gli ingredienti giusti per aggiungere al tutto un tocco di refrigerio. Se volete conoscere più di mille cocktails estivi dalla A alla Z, conoscerne i trucchi, impararne le ricette questo è il sito che fa per Voi.

Tra i cocktail estivi vi segnaliamo comunque gli evergreen, il Mojito, nato nei Caraibi e lanciato da Hemingway, la Pina Colada, inventata da un barman di Portorico, il Long Island Iced Tea, ottenuto da una miscela di liquori bianchi, ma soprattutto da non dimenticare quelli a base di agrumi.

Estate: le protezioni... da zanzare

Vista la stagione estiva che si avvicina credo sia utile un aggiornamento su due problematiche frequenti dei nostri ambulatori...

Da: *N Engl J Med* 347(1):13-18 (2002)

Un'equipe di ricercatori statunitensi ha condotto un serio esperimento comparativo, testando ben 16 prodotti antizanzare su 15 volontari.

L'efficacia è stata espressa in termini di tempo, cioè per quanto tempo, dopo l'applicazione di un certo composto, si resta immuni dalle punture.

Vediamo la classifica dei più efficaci:

Alcuni repellenti per insetti in varie formulazioni			
Azienda	Prodotto	Composizione (%)	Formulazione
Bayer	Autan extreme	Deet (33,5)	vaporizzatore 75 mL.
		Deet (33)	stick 50 mL.
		Deet (16,8)	stick 100 mL.
	Autan sensitive	Deet (10)	lozione, vaporizzatore 75 mL, gel 50mL
		Deet (1 busta = 0,225 g = 10)	fazzoletti
	Autan classico	Deet (1 busta = 3 mL di lozione al 20)	fazzoletti
		Deet (20)	vaporizzatore, lozione, stick
		Deet (33,5 o 13)	lozione, spray
	Autan fresh	Deet (10)	crema
		Deet (6)	spray
Johnson & Johnson	OFF	Deet (15)	spray 100 mL.
		Deet (7,5)	crema5
		Deet (7)	lozione 150 mL.

IL DEET:

(diethylmetilbenzamide o dietiltoluamide), molecola sintetica, è il più efficace nel tenere

a distanza le zanzare.

La copertura massima, 301 minuti (5 ore), si ottiene a concentrazioni del 23,8%; riducendo il contenuto di DEET diminuisce anche la durata dell'effetto. Aumentando la concentrazione oltre il 50%, però, si raggiunge un plateau e l'efficacia non cresce più.

L'American Academy of Pediatrics raccomanda che per i bambini non vengano utilizzati repellenti a concentrazioni superiori al 10%. I prodotti con più del 50% di sostanza vanno impiegati solo in condizioni di caldo e umidità estremi, dove c'è una maggiore concentrazione di insetti **GLI OLI ESSENZIALI DI SOIA:**

I prodotti che ne contengono il 2% proteggono dalle punture per 94 minuti (un'ora e mezza).

I COMPOSTI ESTRATTI DALLE PIANTE:

Citronella, cedro, menta piperita, geranio e verbena, allontanano gli insetti per 19 minuti (questo il dato migliore). La citronella al 25%, assicura una protezione di soli 12-18 secondi e solo in un raggio cutaneo di 4 cm.



...e dal sole

Nel marasma delle classificazioni delle "protezioni solari" dovrebbe arrivare, tra poco, un po' di chiarezza.

Secondo la "Colipa" su tutti i prodotti dovrebbe essere indicato numericamente il grado di protezione dai raggi UVB e dagli UVA, utilizzando solamente il sistema SPF (UVB) e PPD/IPD (UVA). E' già qualcosa.

Altrettanto importanti restano, però, da rendere obbligatori il PAO (periodo di efficacia dopo l'apertura), il "Waterproof" (resistenza del prodotto all'acqua) e il "Parasol".

Il numero di "parasol" indica quanto il filtro mantenga l'indice SPF, PPD o IPD originario dopo 1 ora di esposizione (cioè

in che misura resti efficace).

Esempio: un prodotto con "parasol" 1 indica che il prodotto protegge del 50% di

Dentro il "rosso" le protezioni consigliate ai bambini

Protezione	UVB (SPF)	UVA (PPD/IPD)	
Ultra Alta	>50	>15	>50
Altissima	>30	>8	>25
Alta	>15	>6	>15
Moderata	>8	>5	>12
Bassa	>2	>5	>12

quanto dichiarato dopo un'ora; un "parasol" 4 protegge ancora al 90%.

Adesso, a Voi la scelta!!

INCONTRI PAIDOS 2005

24 Settembre 2005:

Ortopedia in pediatria

G. Tagliavero, G. Bartolozzi, S. Bonforte, M. Massimetti

In fase di accreditamento ECM

8 Ottobre 2005:

La gestione del bambino con patologia cronica

G. Chiumello, A. Russo, L. Pavone, A. Di Cataldo, A. Fischer, F. Privitera

In fase di accreditamento ECM

5 Novembre 2005:

Incontro con il maestro

G.R. Burgio, G. Schilirò, A. Fischer, F. Di Forti

In fase di accreditamento ECM

19 Novembre 2005:

Pianeta vaccini

G. Bartolozzi, M. Cuccia

In fase di accreditamento ECM

10 Dicembre 2005:

Percorsi diagnostici nelle patologie autoimmuni

A. Martini, R. Garozzo, A. Ravelli, A. Fischer

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.

