

note di cultura per il pediatra

a.c.p.
Paidos

Anno 2 N. 4 - Ottobre - Dicembre 2001



GIORGIO BARTOLOZZI
IL CASUS
PNEUMOCOCCO

GIANFRANCO
RIZZONI
ATTENTI
ALL'I.V.U.

INTERVISTA
AD ALBERTO FISCHER
**PAIDOS: STRATEGIE
PER IL FUTURO**





Direttore responsabile

Francesco La Magna

Direttore

Alberto Fischer

Comitato Scientifico

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

Responsabile di redazione

Antonino Gulino

Comitato di redazione

Salvo Bonforte
Gaetano Bottaro
Rosario Buccichieri
Filippo Di Forti
Vito Marletta
Giuseppe Mazzola
Francesco Privitera
Salvatore Spitaleri

Collaboratori

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

Segreteria e Grafica

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

Stampa

Questo periodico è distribuito gratuitamente ai pediatri

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

EDITORIALE

Fondamentalismi di casa nostra

di Alberto Fischer

Ritengo, e penso di non esser l'unico, che uno dei principi su cui si basa il concetto di libertà sia proprio la tolleranza, principio che contrasta spesso con la pulsione, propriamente umana, di prevaricare o dominare rifiutando le ragioni dell'altro, convinti che i nostri pensieri e le nostre azioni siano le uniche ad avere il diritto di esistere ed affermarsi. Il rigore che spesso mostriamo in molte manifestazioni culturali o sociali è spesso legato ad un deficit di tale tolleranza tanto che in alcuni casi ci porta, forse involontariamente, ad estremizzare troppo, con la creazione di categorie mentali che sono alla base dei nostri piccoli fondamentalismi (culturale, sociale, religioso, scientifico, ecc.)

Ma il rigore scientifico, che è la base essenziale di riferimento dei nostri atti, può accettare modelli di tolleranza (scientifica), o piuttosto è l'unico caso in cui il fondamentalismo può allignare senza creare anticorpi? Faccio un esempio: se la letteratura scientifica e la metanalisi che di essa vien fatta nell'ebm, mi dicono che per curare la x malattia io debbo necessariamente utilizzare y farmaco, posso io tollerare terapie alternative o esser fedele a quel credo iniziando le mie battaglie fondamentaliste?

Io credo che qualora non vi siano dubbi sulla correttezza e il rigore scientifico, la mia scarsa tolleranza verso atteggiamenti opposti possa avere adeguata legittimazione, anche ascoltare le ragioni dell'altro e cercare di convincerlo non su una base impositiva ma attraverso un dialogo, in cui però gli interlocutori dovrebbero, nella ricerca della verità, abbandonare ogni pregiudizio. Questo è lo spirito per cui ancora in questo numero accogliamo articoli di medicina alternativa, che possono non trovare tutti consenzienti, ma che ci fanno capire come il mondo dei pediatri è variegato e che quando non si trovano adeguate risposte nella medicina ufficiale, un'attenzione particolare potrebbe esser data anche a mondi culturali diversi, senza per questo farsi condizionare.

Uno dei motivi per cui abbiamo chiesto la collaborazione costante del prof. Bartolozzi è proprio questa sua capacità di coniugare rigore scientifico con tolleranza culturale tale da permettergli con musicalità fiorentina di trasmettere a noi in maniera chiara o subliminare quelle conoscenze e capacità che ci permettono di affrontare i quotidiani problemi professionali. A lui un grazie di cuore, come anche un ringraziamento a tutti quanti collaborano con l'estensione di questo periodico. Spero che questo numero possa pervenirvi in tempo utile per porgermi i mie auguri di un *Buon Natale*

SOMMARIO

- 3 Editoriale
- 6 Attenti all'I. V. U.
- 9 Traumi dentari
- 11 Asma e I. T. S.
- 12 Paidos: strategie per il futuro

RUBRICHE

- 4 La rubrica di Giorgio Bartolozzi
- 14 Un pediatra al cinema
- 14 L'angolo della poesia
- 15 La posta di Albertino
- 16 Il bambino vivace: genio represso?

A PROPOSITO DI...

- 18 Omeopatia in pediatria
- 18 Bioterrorismo: l'unica certezza è la paura

PILLOLE DI... DIABETOLOGIA

- 20 Insuline

ULTIMISSIME

- 21 Un libro per stare bene
- 21 E' nata la SIEP

NEWS DALLA RETE

- 22 Colesterolo negli adolescenti

I colleghi che per disguidi postali non hanno ricevuto la rivista N. 3, possono farne richiesta alla nostra segreteria.

Foto copertina bimbo nepalese (foto di Gino Miano)

Si fa un gran parlare in questi giorni del nuovo, efficace, vaccino eptavalente contro lo pneumococco ma sembra, al momento attuale, da escludere l'impiego "universale" nei bambini al di sotto dei 3 anni, restando preferenziale il suo uso nei soggetti a rischio, primi fra tutti gli asplenic

Le opinioni sull'inclusione dei bambini che frequentano l'asilo nido tra i soggetti a rischio, non sono concordi, anche perchè non esistono a oggi esperienze specifiche riguardanti l'incidenza delle malattie invasive da pneumococco. Ciò non significa che il bambino non debba esser vaccinato o per ragioni specifiche o su richiesta dei genitori, in quanto il vaccino si è dimostrato efficace contro le forme invasive e gravato da effetti collaterali di scarso rilievo. Il limite è rappresentato dal costo che per 4 dosi è di 600.000 lire se si inizia al 3° mese.

Dello stesso parere è Luisella Grandori che nell'email del 27 settembre su Forum ricorda come i dati di Pantosti si riferiscono in realtà ad un campione di 25 bambini e non sono

peraltro rappresentativi del territorio nazionale (n.r.) L'unico dato disponibile in Italia parla di un'incidenza

i casi da agenti eziologici diversi da N. meningitidis, mostra che negli ultimi anni l'incidenza media delle

delle meningiti da S.p. di 0,5:100.000, sottostimato ma lontano dai 235:100.000 che è l'incidenza di infezioni invasive nei bambini americani da 6 mesi a 11 mesi (n.r.) Nella circolare ministeriale n.11 del 19.11.01 viene riportato in introduzione: “..

Il Sistema di sorveglianza delle meningiti batteriche, che a partire dal 1994 ha permesso di rilevare

meningiti da pneumococco in Italia è stata pari a 0,5 per 100.000.

IL CASUS PNEUMOCOCCO

Il numero assoluto di casi identificati ogni anno in soggetti di tutte le età è aumentato di 109 casi nel 1994 a 309 nel 1999. Tali valori sono tra i più bassi segnalati in Europa e di gran lunga inferiori a quelli stimati negli USA in epoca pre-vaccinale..”

La circolare ricorda come attualmente sono disponibili due vaccini uno 23-valente, per vaccinazioni in età superiore ai 2 anni, e l'eptavalente che può essere somministrato al di sotto dei due anni. La scheda riporta il calendario approvato. La stessa circolare ribadisce la necessità inderogabile di sottoporre

a vaccinazione le categorie a rischio:
a) anemia falciforme e talassemia;
b) asplenia funzionale o anatomica;
c) roncopenumopatie croniche;
d) infezione da HIV;
e) immunodeficienze congenite;
f) insufficienza renale o s. nefrosica;
g) malattie cardiovascolari croniche;
h) perdita di liquor.

Il prof. Bartolozzi conclude la sua e-mail ricordando che, fatte salve le indicazioni quasi obbligatorie per i bimbi

a rischio, necessitano studi epidemiologici più sicuri per dare indicazioni più estensive alla vaccinazione antipneumococcica.



PAIDOS INFORMA

Un nuovo polo di Cardiocirurgia Pediatrica al S. Vincenzo di Taormina

Una nuova realtà per i pediatri della Sicilia Orientale! E' stata attivata presso il S. Vincenzo di Taormina una unità operativa di Cardiocirurgia pediatrica e neonatale, voluta nell'ambito di un progetto di polo pediatrico multidisciplinare. L'U.O. che raccoglie professionisti le cui competenze i pediatri hanno avuto modo di apprezzare (Mignosa, Bianca, Salvo) si caratterizza per un reparto funzionale all'assistenza pediatrica pre e post operatoria di 7 posti letto, 4 posti letto di terapia intensiva, con ambulatorio per consulenze di cardiologia e cardiocirurgia che consente l'utilizzo di tecnologie avanzate (ecocardio, ecocardio fetale, ECG dinamico, Holter pressorio, Tilt test). Come contattare i colleghi? Ecco, di seguito, alcuni numeri telefonici: Bianca Enzo (il cardiologo): 3475834199 - Carmelo Mignosa (il cardiocirurgo): 3387813255 - Dario Salvo (l'anestesista) 368926606 - la Rianimazione: 0942579218 - il numero verde: 8000007606

DI GIORGIO BARTOLOZZI

Età in mesi	Ciclo di base	Richiamo
2 - 6	3 dosi con intervallo di 2 m	a 12-15 mesi
7 - 11	2 dosi con intervallo di 2 m	a 12-15 mesi
12-13	2 dosi	
>24	1 dose	

La reale prevalenza del reflusso vescico-ureterale (RVU) nei bambini non è ben nota ma si ritiene sia dello 0.4-1.8% (1). Nel passato, i RVU erano scoperti solo in seguito alla comparsa di infezioni urinarie; più recentemente, le ecografie prenatali e quelle postnatali eseguite in concomitanza con l'ecografia delle anche (uno screening al di fuori di queste situazioni non è assolutamente giustificato per un basso rapporto beneficio/costo) hanno permesso di diagnosticare reflussi congeniti non ancora associati ad infezioni urinarie; ciò ha permesso di meglio comprendere la storia naturale del RVU e della cosiddetta nefropatia da reflusso (NR).

In casistiche di soggetti in età pediatrica con infezioni urinarie sintomatiche un RVU è ritrovato in circa 1/3 dei casi (2-3).

Un RVU è anche stato ritrovato nel 21-35% delle bambine in età scolare sottoposte alcuni decenni fa a screening per infezione urinaria asintomatica (4-5); in queste, il mancato trattamento non ha portato ad aumento delle cicatrici renali preesistenti.

La presenza di RVU in bambini con diagnosi prenatale di dilatazione delle vie urinarie varia dal 18 al 38% (6-7).

Sono ormai abbastanza numerosi gli studi di screening per RVU di parenti di primo grado di soggetti portatori di RVU. La presenza di RVU in fratelli o sorelle di bambini con



Attenti all'I.V.U.

DI GIANFRANCO RIZZONI

*L'evoluzione sfavorevole
delle patologie renali
è strettamente legate
all'età di insorgenza.
Attenzione ...*

RVU varia fra il 27 e il 46% (8-9); il 66% dei figli di un genitore con RVU è stato trovato portatore della stessa anomalia (10).

I soggetti ritrovati portatori di RVU in seguito alla presenza di un familiare affetto sono in egual misura dei due sessi e, nei ¾ dei casi, asintomatici. Il grado di reflusso è molto modesto nel 40% di questi casi (I° - II° grado); il danno renale

appare essere inferiore nei collaterali rispetto ai "propositus".

Noe e coll. consigliano di far fare una cistografia a tutti i collaterali di un bambino con RVU che siano sotto i 3 anni, a quelli fra 3 e 5 anni se hanno avuto infezioni urinarie; ai maschi di età superiore viene consigliato di far fare una ecografia e, solo se questa è patologica, una cistografia. Nei figli oltre i 5 anni di soggetti con RVU sarebbe indicata solo l'ecografia (11). E' noto che il RVU bilaterale o su rene unico può portare anche alla insufficienza renale terminale (IRT) e, quindi, alla dialisi ed al trapianto.

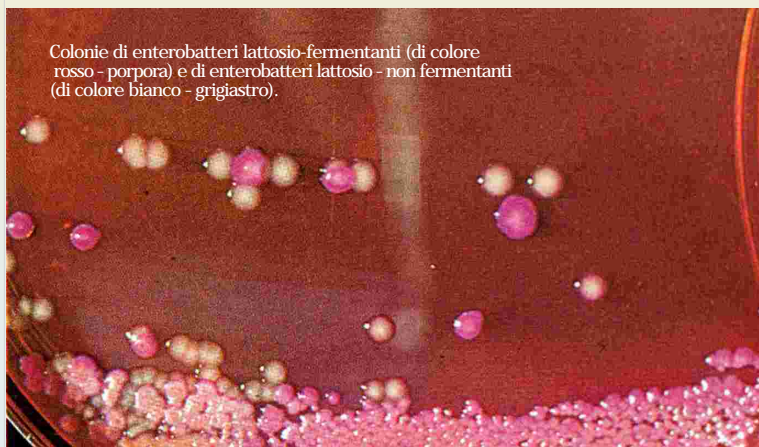
Dal 1987 al marzo 2000, 154 bambini hanno iniziato trattamento dialitico cronico presso l'Ospedale Bambino Gesù di Roma (in media, 12 bambini/anno). In 22 di questi (14%) la causa era un reflusso bilaterale o su rene unico. E' importante notare che 16 dei 22 erano maschi (73%). Le caratteristiche tipiche di questi bambini giunti alla IRT per reflusso, a parte il sesso maschile, erano le seguenti: avevano avuto RVU di 4° grado o soprattutto di 5° grado già dalla nascita e avevano già presentato ridotta funzione glomerulare nel primo anno di vita.

Ciò indica chiaramente che, dei due fattori che possono ridurre la massa nefronica, quello congenito, cioè la displasia renale, è di gran lunga il più importante e determinante rispetto a quello acquisito e cioè le infezioni parenchimali (pielonefriti).

Se ora consideriamo il numero elevato di bambini e, soprattutto, bambine, seguite dai Pediatri di base per RVU spesso unilaterale, risulta evidente che il rischio di evolvere verso l'insufficienza renale è, nel complesso, molto basso e quasi nullo se la funzione renale nei primi anni di vita è normale. Da quanto è stato già detto, risulta chiaro che esistono almeno due grandi categorie di bambini con RVU che si comportano in modo completamente diverso.



Fenomeno dello sciameggio in *Proteus mirabilis* per ondate successive



Colonie di enterobatteri lattosio-fermentanti (di colore rosso - porpora) e di enterobatteri lattosio - non fermentanti (di colore bianco - grigiastro).

Un primo gruppo (molto minoritario), costituito quasi solo da maschi, ha RVU bilaterali congeniti di grado elevato, spesso diagnosticati già in epoca prenatale, con significativa riduzione nefronica già alla nascita e con possibile evoluzione verso la IRT.

Un secondo gruppo, con maggioranza di femmine in cui il RVU è spesso unilaterale ed è scoperto per lo più dopo i primi 1-2 anni di vita a causa di infezioni urinarie. Il grado di RVU in questo gruppo è nettamente minore che nel primo e l'evoluzione verso l'insufficienza renale cronica (IRC) è molto rara; è, invece, possibile la comparsa di ipertensione in età adulta, se vi è presenza di cicatrici (12). Riassumendo, il RVU è, in età

pediatrica, 4 volte più frequente nelle femmine che nei maschi ma i RVU scoperti in epoca prenatale (e, quindi, presumibilmente i più gravi), sono 4 volte più frequenti nei maschi che nelle femmine così come i RVU con IRC. Gli studi di evoluzione a lungo termine di bambini con RVU fino ad ora pubblicati non considerano separatamente i due gruppi suddetti ma li comprendono entrambi, seppure in diversa proporzione. Smellie e coll. (13) hanno condotto uno studio prospettico su 226 adulti (37 maschi) seguiti per 10-41 anni; questi soggetti avevano avuto, in età pediatrica un RVU che era di III-V grado nel 30% dei casi; il 38% aveva cicatrici renali e tutti erano stati trattati con terapia profilattica.

Al termine del periodo di

osservazione il 61% dei soggetti non avevano più infezioni urinarie, più del 90% era in buona salute e con pressione arteriosa normale. IRC e/o ipertensione erano presenti in 17 adulti (16 avevano cicatrici).

Non sono state mai osservate nuove cicatrici dopo la pubertà. Gli autori concludono dicendo che l'evoluzione è stata determinata quasi interamente dalla situazione renale al momento della prima diagnosi. Anche studi prospettici del gruppo di Göteborg indicano che la prognosi a lungo termine dei bambini con RVU può essere buona nella maggior parte dei casi con cicatrici pielonefritiche.

La scomparsa spontanea del RVU è un fatto noto e si ha, entro 5 anni dalla diagnosi in circa l'80% dei reflussi di II grado, nel 45% di quelli di III e in circa il 35% di quelli di IV grado. L'utilità del trattamento medico (terapia profilattica) o chirurgico del RVU è stato studiata parallelamente da una ricerca randomizzata prospettica e collaborativa in Europa e da una negli Stati Uniti. Ambedue gli studi hanno dimostrato che i due trattamenti sono simili per quanto riguarda la crescita renale, l'insorgenza di nuove cicatrici, i nuovi episodi di pielonefrite acuta e di infezione urinaria sintomatica (14,15).

Ne deriva che la decisione sul tipo di trattamento da instaurare deve essere il più possibile individualizzata considerando anche fattori come la distanza della famiglia dal Centro di riferimento, la “compliance” per la terapia medica, il costo dei farmaci e degli esami periodici, il modo in cui i genitori e il bambino vivono il trattamento medico e gli esami di controllo nel lungo periodo.

Non esistono linee guida totalmente uniformi e accettate da tutti sul comportamento da tenere di fronte alla prima infezione urinaria alta.

Riferisco, qui di seguito, le linee guida raccomandate dagli autori svedesi che, come è noto, hanno fatto delle infezioni urinarie pediatriche il loro principale cavallo di battaglia (16):

Approccio iniziale

anamnesi con abitudini minzionali e di svuotamento intestinale, esame obiettivo completo, misura della creatininemia e della pressione arteriosa.

Nei bambini < 2 anni:

ecografia entro 2-4 settimane e cistografia entro 1-2 mesi.

Nei bambini > 2 anni:

ecografia entro 1-2 mesi e scintigrafia con DMSA dopo 6-12 mesi; se vi sono chiari segni di difetti di captazione o disparità di fissazione fra i 2 lati (con uno dei reni captante meno del 45%) è indicata la cistografia.

ACCADEMIA OMIOPATICA (1844)
CENTRO STUDI T. P. PASCHERO

*corso di perfezionamento triennale in
medicina omeopatica*

ISCRITTO PRESSO L'EUROPEAN
COMMETTEE FOR
HOMEOPATHY (ECH)

Anno Accademico 2001 - 2002

*Valido per l'iscrizione al registro dei medici
omeopatici dell'ordine dei medici*

Direttore Dott. Alessandro Pumo

Segreteria:

Centro Studi Paschero
C.so Italia, 82 - 95128 Catania
tel. e fax 095. 538293 - 095. 536738
cell. 347 8256654
email. info@medicinaomeopatica.it
aperta feriali h. 16-20
www.medicinaomeopatica.it



TRAUMI DENTARI

ANTONIO RUSSO

L'alveolo dentario del bambino ha una componente fibrocellulare maggiore rispetto al ragazzo e all'adulto ed è, quindi, maggiormente deformabile. Per questo i traumi dentali possono facilmente risultare in sublussazione o completa avulsione del dente nel bambino inferiore a 10 anni, mentre determinano più comunemente frattura dopo i 10 anni. La possibilità di salvare un dente permanente fratturato o avulso dipende dalla tempestività ed appropriatezza dell'intervento.

Le fratture dei denti si distinguono in:

Classe 1: frattura della corona che interessa solo lo smalto (linea di frattura o perdita di un frammento). Raccomandare consulto dentistico senza alcuna urgenza.

Classe 2: frattura della corona che interessa smalto e dentina (ma non la polpa); l'interessamento della dentina si riconosce dalla presenza di un'area giallastra nella superficie di frattura.

Prescrivere una terapia antidolorifica, se necessaria; raccomandare consulto dentistico entro 24 ore.

Classe 3: frattura della corona che interessa smalto, dentina e polpa; si riconosce per la presenza di un'area rossa nella superficie di frattura, dalla quale può fuoriuscire sangue. Fermare

La nostra rivista si arricchisce di una nuova rubrica dedicata alle emergenze che più comunemente affrontiamo nei nostri ambulatori, a curarla è il prof.re Antonio Russo, primario di pediatria presso l'Ospedale Cannizzaro di Catania, da sempre attento e sensibile a queste problematiche.

la perdita ematica con compressione con garza sterile. La vitalità del dente è a rischio, raccomandare consulto dentistico immediato.

Classe 4: identica alla classe 3, ma con perdita quasi completa della corona dentaria.

Classe 5: frattura che interessa la radice dentaria (può essere orizzontale, verticale, diagonale); si rileva instabilità del dente nell'alveolo ed emorragia. La vitalità del dente è a rischio, raccomandare consulto dentistico immediato. Se il bambino è collaborante, cercare di stabilizzare il dente, interponendo una garza da far stringere delicatamente tra le arcate dentarie.

Classe 6: avulsione parziale o totale del dente. Se l'avulsione è parziale, irrigare con soluzione fisiologica tiepida (in mancanza con acqua da bere) e reinserire il dente nell'alveolo mediante ferma pressione sulla corona. Se l'avulsione è totale, è possibile salvare il dente reinserendolo

nell'alveolo, a condizione che si tratti di un dente permanente e che il paziente abbia meno di 10 anni. Dopo questa età la polpa non sopravvive all'avulsione, ma il dente va comunque sciacquato in soluzione fisiologica o acqua e conservato perché il dentista potrebbe decidere di usarlo come impianto. I denti decidui non vanno reimpantati perché vanno in anchilosi con l'osso causando nel tempo deformità. Se il paziente

ha meno di 10 anni ed il dente avulso ha caratteristiche di dente permanente, la probabilità di conservare la vitalità della polpa è inversamente proporzionale al tempo trascorso tra l'avulsione ed il reinserimento nell'alveolo. Dopo 2 ore non c'è possibilità di successo, per cui è importante che il pediatra conosca la tecnica di reinserimento per intervenire qualora non sia possibile ricorrere al dentista in tempo utile. Se il dente non può essere reimpantato subito, il miglior liquido di conservazione per il trasporto è il latte o, se non disponibile, la soluzione fisiologica. Se non si dispone di questi liquidi, il dente può essere conservato nella bocca del paziente stesso o, se inaffidabile per l'età, del genitore, ponendolo nel vestibolo buccale tra la gengiva e la guancia. Se il dente avulso non viene ritrovato, considerare la possibilità che sia stato inalato dal paziente, e raccomandare una radiografia del torace.

rubriche

TECNICA DEL REIMPIANTO DENTALE

1. Maneggiare il dente soltanto dalla corona; toccare la radice può compromettere il legamento periodontale impedendo la rivascularizzazione della polpa
2. Ispezionare il dente per riconoscere eventuale frattura; in questo caso non procedere con il reimpianto
3. Pulire il dente agitolandolo delicatamente in un contenitore con soluzione fisiologica, possibilmente tiepida; se non disponibile usare acqua potabile
4. Ispezionare l'alveolo ed irrigarlo con soluzione fisiologica; non è necessario rimuovere il coagulo al suo interno
5. Posizionare correttamente il dente all'imbocco dell'alveolo, poi inserirlo a fondo con decisa pressione; il dente reimpantato spesso protrude un poco rispetto agli altri
6. Stabilizzare il dente interponendo tra le arcate dentarie una garza da far mordere delicatamente, oppure un genitore potrà mantenere il dente in sede manualmente
7. Consigliare dieta liquida e prescrivere amoxicillina per 2 settimane

predisponendolo, nelle successive età della vita, ad altre patologie psichiche e al disagio sociale” come dice Alessandro Zuddas N.I del Dipartimento di Neuroscienze dell’Università di Cagliari è anche vero che un farmaco, se non necessario, reprime la libera espressione del Bambino e ne altera la natura , la costituzione e la forza vitale stessa del vivere: un genio mancato!

Ma è proprio un farmaco necessario e indispensabile ? Non è sufficiente una buona dose di pedagogia per guarire questi soggetti come sostengono alcuni studiosi che hanno proposto un appello contro l’abuso di farmaci come” strumento alternativo alla pratica pedagogica”?

o meglio ancora un rimedio omeopatico mirato, individualizzato per ogni soggetto che, inserendosi nella sua costituzione , moduli la sua energia in senso proficuo e non dannoso per sé stesso e gli altri? Ogni scelta, quindi ogni terapia, ha i suoi vantaggi e svantaggi.

La scelta pedagogica dovrebbe essere sempre attuata anche nei soggetti in trattamento omeopatico o con ritalin, anche perché è l’unica che dà la possibilità al soggetto di inserirlo veramente nella società, con gli altri bambini. Se attuata bene ha tutti vantaggi e nessuno svantaggio.

I vantaggi di un trattamento omeopatico possiamo così riassumerli: valutazione alla radice del problema, medicine naturali non tossiche considera ogni persona un individuo – entità unica (calcarea carbonica o barita carbonica nei disturbi dell’attenzione sono diversi da sulfur, rhus, taren-

tula e così via indicati per un soggetto per il quale il movimento è vita) - guarisce tanto il fisico quanto la mente e i sintomi emozionali - non è costoso ed è efficace. Accanto ai vantaggi vi sono i limiti: i genitori non sono convinti dell’efficacia del rimedio omeopatico.

Gli adolescenti non assumono regolarmente il rimedio omeopatico e non evitano le droghe, il caffè e altre sostanze che antidotano il rimedio. Il

rimedio omeopatico può non avere un’efficacia rapida e veloce come i farmaci allo-

patici, ma la sua efficacia dura a lungo e può portare a guarigione perché non opprime ma agisce sulla stessa energia che è la vita stessa del soggetto. Ma non sempre con la Pedagogia o con l’omeopatia si possono avere i risultati sperati e la malattia continua la sua strada alterando la dinamica e la pace familiare e creando delle gravi situazioni di conflitto.

Ritengo a questo punto che è doveroso fare uso del Ritalin e credo ,almeno in Italia, che né i Pediatri né i N.P.I abbiano mai usato farmaci a cuor

leggero, ma secondo scienza e coscienza, con una sana valutazione del

costo beneficio sempre alla ricerca del bene del bambino e della serenità familiare. Inoltre non è neppure ipotizzabile un abuso del Ritalin in quanto il farmaco sfruttando un effetto paradossale, come dicevamo prima, è efficace solo sui bambini affetti da ADHD; nei bambini normali dà eccitazione.

Un famoso Pediatra sosteneva che” i bambini crescono nonostante le mamme e i pediatri” aggiungo che crescono ancor meglio con l’aiuto dei farmaci utili e necessari.



TRE SINDROMI IN UNA

ADHD-I)

- è incapace di prestare attenzione ai dettagli o commette errori per disattenzione
- ha difficoltà a mantenere la concentrazione
- sembra non ascoltare
- fatica a seguire le istruzioni
- ha difficoltà organizzative
- evita o non ama compiti che richiedono un impegno mentale sostenuto
- si distrae facilmente

■ dimentica facilmente

ADHD-II)

- giocherella con mani e piedi, si agita sulla sedia
- ha difficoltà a rimanere seduto
- corre e salta in maniera eccessiva
- ha difficoltà a svolgere attività tranquille
- agisce come se fosse spinto da un motore

■ parla troppo

- risponde precipitosamente ancor prima che le domande siano completate
- ha difficoltà ad aspettare o rispettare i turni
- interrompe e si intromette spesso nei discorsi altrui

ADHD-III)

- sono presenti contemporaneamente ambedue i tipi di sintomi

ASMA E I.T.S.



Se
l' its oggi
è il vero
baluardo di un mondo

che, tra uno starnuto ed un colpo di tosse, accende una flogosi fatta di diatribe senza fine. Se il talibanismo terapeutico si oppone al bombardamento chirurgico, in cui i danni collaterali sono spesso esaltati o minimizzati. Se l'uso dell'igab afgano sembra essere la soluzione contro la inalazione di acari et similia, il quesito principe di questo articolo e' ITS si ITS no?. A vedere un po' la storia della ITS a parer mio l'antrace è roba da educande. Nel 1911 ed in attesa di Serajevo i primi esperimenti parlano di pomate a base di "pollantin" ottenuta dalla iniezione a oche o cavalli di estratti pollinici e/o di iniezioni a poveri malcapitati umani affetti da febbre da fieno di pollini bolliti.

Ma è dal 1968, tra una canzone dei beatles ed una performance dei pink floyd che si comincia a parlare di ITS come trattamento delle allergopatie mediante iniezione di allergeni specifici a dosi crescenti.

Ai giorni d'oggi sfogliando il Position Paper si legge tra l'altro che "l'ITS è l'unico trattamento in grado di modificare il decorso naturale delle allergopatie e di prevenire l'insorgenza di asma in pazienti affetti da rinite allergica", di diminuire la reattività specifica, di ridurre il reclutamento e la attivazione delle cellule flogistiche e della liberazione di mediatori, di ridurre la risposta T-cellulare allergene specifica favorendo lo "switch" da una risposta prevalentemente da Th2 a Th1 tramite anche una modifica del pattern di citochine liberate, di favorire la diminuzione delle IgE specifiche inducendo la produzione di IgG1 ed IgG4 bloccanti che sembrano rappresentare più un epifenomeno di una modificata risposta immunologica all'antigene che una risposta terapeutica specifica. Alla ITS viene attribuita anche l'aumento della soglia di releasability della mastcellula, e della riduzione della chemiotassi e mobilità degli eosinofili.

Apprendere queste nozioni è utile e potrebbe creare i presupposti di orde di pazienti con gli avambracci scoperti, pronti per la somministrazione di un cc di Eden, ma il punto focale tra una amenita' ed una banalita' di cotanto articolo a mio modesto parere risiede nel reclutamento del paziente idoneo al trattamento, in genere soggetti allergici ad acari, parietaria, graminacee , allergeni che nelle nostre regioni la fanno da padrone, mentre personalmente ritengo poco efficaci

DI FILIPPO DI FORTI

gli estratti per le mufte e da vagliare attentamente per la durata della impollinazione gli altri estratti stagionali. Importante è la personalizzazione del trattamento stesso che andrà fatta in base alle reazioni e ai sintomi del nostro atopico.

Le reazioni indesiderate sono spesso riconducibili ad errori tecnici, ovvero alla somministrazioni di dosi elevate, introduzione in vena della allergene, magari nella fase critica, al non avere consigliato al paziente di non fare sforzi fisici dopo la iniezione e/o di non ingerire alcolici. E li che i detrattori talibanisti trovano l'humus fertile su cui basare la critica. Poiche' chi utilizza l'ITS come businnes col reclutamento selvaggio di braccia da punzecchiare puo' fare del bene alla propria tasca, ma puo' anche deprivare la ITS della sua significatività e della sua efficacia agli occhi degli scettici. Secondo le regole dei vari Position Statement sarebbe opportuno iniziare l'ITS il piu' presto dopo la diagnosi considerando che le sensibilizzazioni suscettibili non dovrebbero essere piu' di tre, che i valori del FEV1 dovrà essere superiore al 70 % , che l'allestimento di miscele eterogenee dovrà essere evitato, che sarà necessario praticare una terapia di mantenimento e protrarre l'ITS per almeno 3-5 anni, associandola a bonifica igienico ambientale. Il rispetto di queste premesse è la base del successo della ITS e della riduzione delle reazioni indesiderate, i cosiddetti "danni collaterali", ad una prevalenza statistica sovrapponibile a quella che puo insorgere alla somministrazioni di farmaci quali FANS, B2agonisti e altri. Ultimamente sono state proposte nuove strategie terapeutiche come un miglioramento qualitativo degli estratti allergenici con l'aggiunta di adiuvanti , oppure con l'impiego di allergeni ricombinanti e di peptidi o di apteni peptidici sintetici, con l'impiego di DNA plasmidico incorporante l'allergene, o con la iposensibilizzazione mediante allergeni ricombinanti incorporati in ceppi vaccini apatogeni.

Che la carne al fuoco non manchi penso che non ci siano dubbi, così come i fuochi delle polemiche e i dubbi inevasi del povero lettore che sperava ahilui di trovare risposte in questo articolo.

Il 2001 è stato un anno denso di avvenimenti per la nostra associazione. Ci siamo confrontati, per fortuna egregiamente, con le incognite dell'Ecm, abbiamo trovato nell'Ospedale di Acireale una nuova e definitiva sede per i nostri incontri, abbiamo affrontato le elezioni del nuovo Consiglio Direttivo che ha visto la conferma unanime di Alberto Fischer, presidente della Paidos per il prossimo triennio. Una breve intervista al collega ed amico A.Fischer sul futuro della nostra associazione mi è sembrata utile ed interessante

A.G.

Dott. Gulino - L'incontro del 3/11 sull'adolescenza ha visto, nonostante la data scomoda, una grande partecipazione da parte dei pediatri. Quale tipo di risposta l'ACP-Paidos vuole dare a questo bisogno di cultura per il prossimo anno?

Dott. Fischer - La identificazione del bisogno formativo è l'aspetto fondamentale e iniziale di un adeguato processo formativo. Il pediatra di famiglia ha già un bagaglio culturale e di esperienza che gli permette in maniera adeguata di affrontare gran parte delle problematiche professionali quotidiane.

Esistono però sempre dei lati bui, vuoi per una incompleta esperienza, vuoi per la confusione generata da eccessivi aggiornamenti, spesso manipolati, vuoi per assenza di confronti, vuoi per delle certezze diagnostico-terapeutiche che si sciolgono davanti al progredire delle conoscenze scientifiche. La soddisfazione di tali bisogni attraverso analisi pre-corsi, una adeguata scelta dei docenti, la preferenza al dibattito più che alla lezione frontale, e l'attuazione di metodologie di autoverifica è alla base del successo registrato nei corsi programmati dall'ACP.

Questa tipologia sarà in parte mantenuta anche nei corsi formativi futuri, ma onde evitare un irrigidimento di queste formule, che finisce poi per nuocere al processo formativo, si ha l'idea di affiancare altre metodologie come quella dei piccoli gruppi formativi a cerchi concentrici, l'analisi di lavori della letteratura e la partecipazione più attiva ad iniziative sociali aventi il fine di migliorare particolari aspetti della vita del bambino.

NN

CALENDARIO "INCONTRI 2002"

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

- r 19 Gennaio: Riflessi d'immunologia
- r 23 Febbraio: Il bambino con problemi ortopedici
- r 23 Marzo: Le infezioni oggi
- r 20 Aprile: Paralleli tra clinica e diagnostica per immagini
- r 18 Maggio: Il pediatra neurologo



L'ACP-Paidos ha cercato sempre attraverso le sue iniziative di migliorare il lavoro del pediatra. Quali strategie vuole oggi privilegiare?

Credo che la metodologia e le scelte formative adottate dall'ACP abbiano contribuito a migliorare le capacità professionali dei pediatri, ma ciò è, a parer mio, avvenuto in maniera non omogenea e uniforme, cosicché obiettivo strategico futuro è proprio quello di individuare nuovi metodi formativi che consentano comportamenti univoci di fronte a comuni problemi di prevenzione, iter diagnostico-terapeutici e aspetti comunicativi.

Un nuovo bisogno più burocratico che culturale sta emergendo: i crediti formativi. Qual'è allo stato attuale la situazione o come pensa di comportarsi l'ACP?

La "burocratizzazione" è una espressione che ha già una valenza negativa, e tanto più quando tale azione si estende operativamente all'area del sapere e del saper fare. Mi chiedo se è necessario dare una valutazione alle capacità professionali, considerate come conoscenze e abilità individuali a metterle in opera, che non sia solo l'indice di gradimento del pubblico. La mia risposta è positiva ma nella misura in cui tale valutazione è fatta con criteri seri ed omogenei per categorie, gratificante e non punitiva, che lasci libertà di scelta alle proposte formative.

Il Ministero ha scelto i criteri dei crediti formativi e, oborto collo, bisogna uniformarsi. Ma la difficoltà di tradurre in pratica tale metodologia e dare ad essa un dignità di oggettiva valutazione, ha fatto sì che ancora nulla è definito né gli obiettivi, né i metodi né i criteri, tanto che dopo quasi due anni navighiamo ancora nelle paludi della sperimentazione.

L'ACP, che ha un'esperienza specifica nella programmazione di corsi di formazione secondo le più moderne docimologie, è stata costretta ad uniformarsi ottenendo già nel 2001 per la metodologia, che da tempo perseguiva, un riconoscimento da parte dell'ECM di ben 8 crediti per sessione di corso (32 crediti complessivi). Per il prossimo anno, ritengo, che il comportamento dell'ACP non si discosterà, anzi si cercherà di ottenere la qualifica di provider formativo.

L'ACP ha negli ultimi anni avviato una serie di iniziative (incontri del sabato, incontri a piccoli gruppi, il giornale paidòs) volti a valorizzare la nostra realtà locale, vi sono in prospettiva altre novità?

Ho già accennato ad alcune iniziative. Mi preme ricordare l'importanza che l'ACP intende dare al proprio periodico l'ACP-Paidòs, come momento di lavoro di gruppo ed espressione giornalistica della propria attività e dei propri obiettivi.

Altri progetti in cantiere la creazione di piccoli gruppi di studio per singole e determinate patologie (gruppi che si dovranno confrontare costantemente e divulgare quanto di nuovo esprime l'ebm).

Infine un progetto è quello di creare un CD che sia di aiuto quotidiano al pdf nella diagnostica, nella terapia e nell'individuazione di sicuri centri di riferimento per specifiche patologie.

Un pediatra al cinema

DI ANTONINO GULINO

rubriche

La distruzione delle Twin Towers, la morte di migliaia di innocenti, ha messo a nudo la nostra debolezza di fronte alla violenza cieca di un gruppo di criminali che in nome di una "guerra santa" seminano solo morte e dolore. L'affannosa ricerca dei colpevoli ha portato al centro dell'attenzione dei servizi di sicurezza degli USA, l'Afghanistan.

Un paese poverissimo governato da fondamentalisti islamici, i *talebani*, che hanno dato e danno rifugio a Osama Bin Laden, colui che ha ideato e fornito i mezzi per questa impresa criminale.

Il cinema, come spesso avviene, riesce ad essere protagonista della nostra realtà e a darci i mezzi per capire il perché di certi eventi.

Makhmalbaf, il film che in questa occasione vorrei segnalare diventa una preziosa opportunità per comprendere la realtà afgana. L'autore narra il viaggio di una giornalista afgana, cresciuta in occidente, alla ricerca della sorella rimasta in patria.

Un viaggio in un mondo ostile e lontano dalla sua cultura, ma anche dalla sua memoria.

Un universo popolato da donne senza volto, *teste nere*, costrette a nascondere dietro a un velo, il burqa, la propria dignità e da uomini distrutti dalla guerra e dalla miseria, che aspettano dal cielo un nuova manna, arti artificiali, inviati dalle organizzazioni umanitarie per offrire alle vittime delle mine anti - uomo l'opportunità di una vita migliore. La giovane donna volge il suo sguardo incredulo alla ricerca di un'umanità che sembra perduta, trova negli occhi di un bambino una piccola speranza.

Un bambino diverso, capace di ribellarsi alla logica di una cultura-religione che nega ogni libertà individuale. Egli prima si offre di farle da guida in cambio di denaro, poi



L'angolo della poesia

DI DOROTHY LAW NOLTE

I bambini imparano quello che vivono

Se i bambini vivono con le critiche, imparano a condannare

Se i bambini vivono con l'ostilità, imparano a combattere

Se i bambini vivono con la paura, imparano a essere apprensivi

Se i bambini vivono con la pietà, imparano a commiserarsi

Se i bambini vivono con il ridicolo, imparano a essere timidi

Se i bambini vivono con la vergogna, imparano a sentirsi colpevoli

Se i bambini vivono con l'incoraggiamento, imparano a essere sicuri di sé

Se i bambini vivono con la tolleranza, imparano a essere pazienti

Se i bambini vivono con la lode, imparano ad apprezzare

Se i bambini vivono con l'approvazione, imparano a piacersi

Se i bambini vivono con il riconoscimento, imparano che è bene avere un obiettivo

Se i bambini vivono con la condivisione, imparano a essere generosi

Se i bambini vivono con l'onestà, imparano a essere sinceri

Se i bambini vivono con la correttezza, imparano cos'è la giustizia

Se i bambini vivono con la gentilezza e la considerazione, imparano ad avere fiducia in se stessi e nel prossimo

Se i bambini vivono con la benevolenza, imparano che il mondo è un bel posto in cui vivere

le offre un regalo, un gesto d'amore, un anello trafugato ad un cadavere. Il bambino diventa simbolo di amore, ma anche di libertà, di desiderio di costruire un futuro diverso. La donna prosegue il suo viaggio ma si rende conto della sua estraneità da quel mondo, prima cercava la sorella ora cerca qualcosa d'altro, la propria memoria, le proprie radici di islamica. Essere islamici non significa essere terroristi, la guerra che in questo momento oppone l'occidente a Osama bin Laden, non è e non deve essere guerra contro l'Islam.

I terroristi vanno isolati dagli stessi musulmani, questa è l'unica via per far tacere le armi. Il bambino-guida deve essere il nostro interlocutore, la sua innocenza è la garanzia per iniziare e continuare un dialogo, l'occidente deve però rigettare l'idea di una presunta superiorità razziale e confrontarsi serenamente con chi è solo diverso da noi.

C

aro dottore,
L'anno scolastico è
iniziato già da un pez-
zo, e la mia maestra,

che è tanto brava e molto at-
tenta all'attualità, ci ha aggiornati costantemente sui
recenti fatti di cronaca, leggendoci i giornali e raccon-
tandoci degli attentati dell'undici settembre.

Quello che è successo ha sconvolto tutto il mondo;
anche a casa mia stavamo incollati al televisore giorno
e notte, la mamma era commossa e papà mormorava
fra le lacrime le mie azioni, Telecom, Pirelli... insomma
una partecipazione davvero sentita e un grande senso
di solidarietà.

Praticamente è successo che un leader politico
miliardario che ha molte società e che gode di un
grande seguito ha lanciato la cosiddetta "fatwa" ai
suoi fedelissimi uomini contro i suoi nemici, gli
americani corrotti e infedeli. Così ha cominciato, forte
del suo esercito di fondamentalisti (che gli prestano
cieca obbedienza) a mettere in atto delle operazioni
terroristiche contro alcuni edifici fortemente simbolici
(le torri gemelle e il Pentagono).

Però anche da noi è successo che un leader politico
miliardario che ha molte società e che gode di un
grande seguito ha lanciato la cosiddetta "fatwa" ai
suoi fedelissimi uomini contro i suoi nemici, i magistrati
comunisti corrotti e faziosi. Così ha cominciato, forte
del suo esercito di fondamentalisti (che gli prestano
cieca obbedienza) a mettere in atto delle operazioni
militari molto importanti denominate "falso in bilan-
cio", "rogatorie internazionali", "rientro dei capitali
all'estero", operazioni che, grazie alla compattezza
dei soldati, sono state portate a compimento con
successo in pochissimo tempo (i famosi cento giorni).
Ciò è detto "giustizia infinita" da non confondere con
"errore giudiziario" che è invece quello dei tribunali
di Mani pulite.

Allora il presidente americano Bush ha deciso di
bombardare l'Afganistan con le bombe intelligenti
che vanno dentro le grotte a stanare il nemico con
grande senso della misura e a colpire chirurgicamente
le postazioni della Croce Rossa.

Però per aiutare i bambini afgani ha convinto i bambini
americani a mandar loro un dollaro ciascuno, anzi per
farlo arrivare prima lo ha fatto mettere su un bel
missile. Naturalmente fra una bomba e l'altra mandano
anche delle cibarie: ci mancherebbe che morissero di
fame prima! Un pacco di alimenti di prima necessità
è stato mandato al nostro presidente, così non deve
più scroccare cene a Blair.

Anche l'Italia si è mostrata solidale con gli U.S.A.:
Berlusconi ha fatto un bellissimo discorso, in cui ha
detto che la nostra civiltà occidentale è molto superiore
perché c'è la libertà e la democrazia ed è una vergogna
che la magistratura giustizialista faccia di tutto per
limitarla ficcanasando nei conti delle aziende. Poi c'è
il ministro della devolution che siccome quando c'è
stata la guerra del Kosovo è andato a trovare Milosevic
perché era antiamericano, per coerenza ora ha deciso
di andare in Afganistan per trovare Bin Laden, dicen-
dogli che anche la Padania ospita tanti terroristi arabi.
Nonostante la grande tensione la mamma è tornata
dal macellaio a comprare delle bistecche, perché
tanto in confronto all'antrace la mucca pazza ormai
fa ridere. Mio fratello Gigi mi ha spiegato che ricevere
polvere bianca in una busta è molto rischioso, e che
il cugino di un suo amico sta ancora in carcere per
questo. Comunque il nonno, appena ha ricevuto la

la posta di Albertino

DI DANIELA GINEX



busta con la pensione, se l'è portata alla USL e se l'è
nascosta nelle mutande mentre gli facevano la lastra,
così dice che la irradiano e non è più pericolosa.

Il presidente Bush ha dovuto rassicurare gli ameri-
cani di non essere contagiato dall'antrace, mentre il
nostro presidente non è riuscito a convincere gli italiani
di non essere affetto da alopecia progressiva irrever-
sibile. Ma il governo è preoccupato; si sa infatti che
il carbonchio è un grande pericolo per il bestiame.

Ci si chiede, allora, che ne sarà della Lega? Poi
finalmente Bin Laden ha detto che anche gli
italiani sono cattivi, e meno male che ha parlato
anche di noi perché ci stavamo per fare una
bruttissima figura, dice lui perché sono stati
degli sporchi imperialisti colonizzatori,
ma tutti sanno che queste sono stu-
pidaggini raccontate dai manuali scolastici
comunisti e che "faccetta nera" è
un'affettuosa canzone che esalta l'in-
tercultura. Il presidente Bush ha invitato
la CNN e altre TV americane a un
maggiore senso di responsabilità nel-
l'informazione, per motivi di sicurezza;
in particolare si richiede di non turbare
l'opinione pubblica con immagini di
civili feriti, che poi non è neanche vero
o al massimo è un tragico errore (però
gli sponsor si sono ribellati perché
dicono che quelle immagini alzano
l'audience).

mostrare troppe volte Bin Laden per
non fare propaganda involontaria. Allora
anche il nostro presidente ha invitato la
RAI ad un maggiore senso di
responsabilità nell'informazione, e per
essere più sicuro ha portato a termine l'o-
perazione RAIWay, promettendo per il futuro
un progressivo oscuramento dell'emittente
pubblica e il licenziamento immediato di
Santoro e Biagi.

Qualcuno richiede di
non mostrare troppe volte Gasparri per non fare
umorismo involontario. Ora però per mostrarci pa-
triottici noi italiani dobbiamo ripescare la bandiera (se
non l'abbiamo bruciata negli ultimi mondiali) e metterla
in giardino: infatti si è deciso che anche i nostri soldati
devono partire, e di questo Previti è molto contento
perché una buona volta si parlerà d'altro nei giornali.
È degli ultimi giorni la notizia che l'esercito del nord,
aiutato dagli angloamericani, sta liberando una per
una le città afgane. Uno dei primi effetti è che final-
mente le donne si possono sbarazzare dell'odioso
burqa, che le ha costrette ad andare coperte dalla testa
ai piedi per tanti anni; si provvederà a riformirle di
push-up e perizoma, in modo che così possano espri-
mere se stesse ed ottenere la tanto sospirata emanci-
pazione. Inoltre, per inserirle di nuovo nel mondo
del lavoro, verranno riaperte alle donne università e
scuole, che istituiranno corsi per veline, letterine,
donne del calendario. Questo è quello che ho capito
io: ma la mia maestra dice che non ho capito niente
e mi ha messo "male". Perciò volevo chiedere un
favore a te che sei del ramo: potresti aiutarmi ad
inocularle il virus del vaiolo?

Un saluto affettuoso dal tuo piccolo paziente

rubriche

predisponendolo, nelle successive età della vita, ad altre patologie psichiche e al disagio sociale” come dice Alessandro Zuddas N.I del Dipartimento di Neuroscienze dell’Università di Cagliari è anche vero che un farmaco, se non necessario, reprime la libera espressione del Bambino e ne altera la natura , la costituzione e la forza vitale stessa del vivere: un genio mancato!

Ma è proprio un farmaco necessario e indispensabile ? Non è sufficiente una buona dose di pedagogia per guarire questi soggetti come sostengono alcuni studiosi che hanno proposto un appello contro l’abuso di farmaci come” strumento alternativo alla pratica pedagogica”?

o meglio ancora un rimedio omeopatico mirato, individualizzato per ogni soggetto che, inserendosi nella sua costituzione , moduli la sua energia in senso proficuo e non dannoso per sé stesso e gli altri? Ogni scelta, quindi ogni terapia, ha i suoi vantaggi e svantaggi.

La scelta pedagogica dovrebbe essere sempre attuata anche nei soggetti in trattamento omeopatico o con ritalin, anche perché è l’unica che dà la possibilità al soggetto di inserirlo veramente nella società, con gli altri bambini. Se attuata bene ha tutti vantaggi e nessuno svantaggio.

I vantaggi di un trattamento omeopatico possiamo così riassumerli: valutazione alla radice del problema, medicine naturali non tossiche considera ogni persona un individuo – entità unica (calcareo carbonica o barita carbonica nei disturbi dell’attenzione sono diversi da sulfur, rhus, tarentula e così via indicati per un soggetto per il quale il movimento è vita) - guarisce tanto il fisico quanto la mente e i sintomi emozionali - non è costoso ed è efficace. Accanto ai vantaggi vi sono i limiti: i genitori non sono convinti dell’efficacia del rimedio omeopatico.

Gli adolescenti non assumono regolarmente il rimedio omeopatico e non evitano le droghe, il caffè e altre sostanze che antidotano il rimedio. Il rimedio omeopatico può non avere un’efficacia

rapida e veloce come i farmaci allopatrici, ma la sua efficacia dura a lungo e può portare a guarigione perché non opprime ma agisce sulla stessa energia che è la vita stessa del soggetto. Ma non sempre con la Pedagogia o con l’omeopatia si possono avere i risultati sperati e la malattia continua la sua strada alterando la dinamica e la pace familiare e creando delle gravi situazioni di conflitto. Ritengo a questo punto che è doveroso fare uso del Ritalin e credo ,almeno in Italia, che né i Pediatri né i N.P.I abbiano mai usato farmaci a cuor leggero, ma secondo scienza e coscienza, con una sana valutazione del costo beneficio sempre alla ricerca del bene del bambino e della serenità familiare. Inoltre non è neppure ipotizzabile un abuso del Ritalin in quanto il farmaco sfruttando un effetto paradossale, come dicevamo prima, è efficace solo sui bambini affetti da ADHD; nei bambini normali dà eccitazione.

Un famoso Pediatra sosteneva che” i bambini crescono nonostante le mamme e i pediatri” aggiungo che crescono ancor meglio con l’aiuto dei farmaci utili e necessari.



TRE SINDROMI IN UNA

ADHD-I)

- è incapace di prestare attenzione ai dettagli o commette errori per disattenzione
- ha difficoltà a mantenere la concentrazione
- sembra non ascoltare
- fatica a seguire le istruzioni
- ha difficoltà organizzative
- evita o non ama compiti che richiedono un impegno mentale sostenuto
- si distrae facilmente

■ dimentica facilmente

ADHD-II)

- giocherella con mani e piedi, si agita sulla sedia
- ha difficoltà a rimanere seduto
- corre e salta in maniera eccessiva
- ha difficoltà a svolgere attività tranquille
- agisce come se fosse spinto da un motore

- parla troppo
- risponde precipitosamente ancor prima che le domande siano completate
- ha difficoltà ad aspettare o rispettare i turni
- interrompe e si intromette spesso nei discorsi altrui

ADHD-III)

- sono presenti contemporaneamente ambedue i tipi di sintomi

Omeopatia in pediatria moda o cos'altro?

DI ANGELO FAZIO

Una delle domande che si pone il pediatra è: questa terapia alternativa è **REALMENTE INNOCUA?**

Se poniamo una domanda del genere, la maggior parte di coloro che prescrivono prodotti omeopatici risponderanno di sì.

La stessa domanda è stata rivolta al premio Nobel per la medicina omeopatica, George Vithoulkas, il quale ha risposto che arreca più danno un medico omeopata ignorante, che non conosce a fondo l'omeopatia e le sue leggi di guarigione, di un medico tradizionale allopatia, che prescrive farmaci con estrema leggerezza! Come mai questa contraddizione?

Il motivo sembra risiedere nel fatto che il farmaco è una sostanza chimica, materiale, che agisce in maniera non molto selettiva, sulla parte fisica e

quindi materiale dell'organismo producendo alcuni effetti utili e molti effetti collaterali o dannosi, di cui il medico è, o dovrebbe, essere a conoscenza, e che tiene nella dovuta considerazione, per stabilire se il danno, comunque arrecato al paziente, è giustificato dalla patologia di cui egli soffre.

Il rimedio omeopatico, durante la sua preparazione ha perso la sostanza chimica, materiale, da cui ha avuto origine (minerale, vegetale, animale) mantenendo la parte che viene definita energetica; questa ha sull'individuo un'azione altamente specifica, interessando non soltanto gli organi fisici ma anche la parte emozionale dell'individuo

(laddove risiedono emozioni come rabbia, irritabilità, gioia, paure ecc.) e la parte mentale (laddove risiede il pensiero, la capacità

di essere creativi ecc.).

Il rimedio omeopatico ha quindi un'azione più profonda interessando ciascun individuo nelle sue tre componenti (fisico, emozionale e mentale).

A questo punto si comprende bene come il rimedio omeopatico non possa essere prescritto con estrema facilità, quasi fosse acqua fresca, come chi dà consigli al bar, o trascrive consigli utili per l'acquisto, ma richiede una competenza altamente specifica che si può ottenere solo dopo aver studiato per diversi anni Omeopatia Classica, e possibilmente presso una scuola realmente valida! Tanto dovevo per amore alla verità.



Se i terroristi, di qualsiasi tipologia essi dovessero risultare, avessero voluto ottenere il massimo risultato mediatico possibile, non avrebbero potuto trovare strategia migliore di quella bioterroristica in atto. La scelta stessa dell'antrace, che non è contagioso ma si trasmette solo per inalazione o per contatto diretto con il bacillo, come prima arma dell'attacco bioterroristico, limita, di per sé, a tutt'oggi, la pericolosità dello scenario. Il bilancio non si può dire certo catastrofico: pochi decessi, numerosi ammalati ma in via di completa guarigione, ed una moltitudine di "esposti", cioè di portatori "più che sani", definiti maldestramente dai mass-media come "contagiati" o "contaminati" che vengono, in ogni caso, sottoposti a massiccia profilassi. Si tratta quindi, in questo caso, soprattutto di terrorismo psicologico. Purtroppo sarebbe possibile l'uso di altri agenti microbiologici, nonché di agenti chimici tossici o letali, ma anche di materiali radioattivi che potrebbero causare danni estremamente più gravi.

Recentemente il Ministro della Salute ha dato massima diffusione ad un rapporto dettagliato, di oltre una sessantina di pagine, sui rischi e sulle contromisure in caso di una aggressione terroristica chimica o batteriologica. E' stato attivato, per fornire informazioni a tutti i cittadini, il numero verde: 800571661. Tutte le notizie contenute sono rielaborate dai dati del CDC di Atlanta, dell'OMS, dell'Istituto di Difesa NBC. I Colleghi che non avessero ricevuto il rapporto, possono scaricarlo dal sito www.ordinemedct.it, cliccando su "emergenza terrorismo". Estremamente esauriente può risultare la consultazione del sito www.cdc.gov, consultando la sezione: "Public health emergency preparedness and response". In sede locale, dovrebbero essere particolarmente attrezzati per l'identificazione eziologica il Laboratorio centralizzato dell'Azienda Policlinico, l'Istituto Zoprofilattico, etc. Sono stati identificati i seguenti Centri di Riferimento per il rischio biologico per l'Italia Meridionale: 1) Ospedale Spallanzani di Roma; 2) Istituto Superiore di Sanità di Roma.

Mi limiterò a fare alcune considerazioni soltanto sugli agenti micro-biologici con maggiore potenziale pericolosità che sono stati classificati a livello internazionale nella categoria "A" e che sono i seguenti: 1) *Variola major* (vaiolo); 2) *Bacillus anthracis* (antrace o carbonchio); 3) *Tossina del Cl. Botulinum* (botulismo); 4) *Yersinia Pestis* (peste); 5) *Virus* (Ebola, Marburg, Febbri emorragiche, etc.)

VAIOLO: La diffusione bioterroristica del virus sarebbe ipotizzabile mediante l'uso di velivoli o per contaminazione di materiali od oggetti di uso comune. La ricomparsa del vaiolo, anche se estre-

mamente improbabile, sarebbe un evento catastrofico per i svariati motivi. E' una malattia contagiosa, diffusiva e mortale in circa il 30% dei casi.

Non esiste popolazione protetta perché non si pratica più la vaccinazione dal 1975 ed in ogni caso le vaccinazioni pregresse non hanno determinano una immunità permanente. Gli ultimi stipiti sono stati conservati in maniera "blindata" in 2 soli Centri nel mondo sotto controllo dell'OMS e quindi la loro diffusione dimostrerebbe capacità praticamente illimitate da parte dei bioterroristi. I vaccini sono l'unica prevenzione nonché l'unica terapia anche nell'ammalato.

Essi sono però gravati da gravi effetti collaterali, con una mortalità riferita di 1/10.000 dosi. Il Ministro Sirchia ha comunque affermato che sta provvedendo all'approvvigionamento di 5 milioni di dosi di vaccino. Stupefacente è stata la decisione del Governo degli USA di ordinare 300 milioni di dosi.

CARBONCHIO Il carbonchio fu studiato da Koch ed il primo vaccino fu realizzato da Pasteur nel 1881. E' una zoonosi e soprattutto la zooprofilassi lo ha reso una patologia rara nei Paesi sviluppati. La diffusione criminale sarebbe possibile mediante velivoli ma è stata sinora realizzata mediante impregnazione di materiali ed oggetti di uso comune: carta da lettera, pacchi, etc. Probabilmente c'è stata anche una contaminazione di impianti di areazione di edifici. Le spore di antrace producono batteri dopo penetrazione nell'organismo. Sono necessarie circa 10 mila spore per superare il sistema immunitario e sviluppare la malattia. La penetrazione attraverso la pelle necessita di piccole ferite. Le spore se diffuse in un ambiente chiuso e se disperse in particelle di dimensioni inferiori ai 2-3 micron, possono causare la forma più grave: quella polmonare. E' stata dimostrata la presenza di un "additivo" nelle polveri di antrace che hanno "invaso" la corrispondenza negli USA. Non è stata invece dimostrata alcuna modificazione genetica nei ceppi utilizzati e del resto bisogna considerare che soltanto 400 fra i 1200 ceppi di carbonchio finora conosciuti sono stati a tutt'oggi "mappati" geneticamente. In ogni caso tutti i bacilli isolati sono risultati sensibili a molti antibiotici. La chemioprofilassi nel bambino può essere realizzata con amoxicillina per 60 giorni, ma anche con ciprofloxacina o con doxiciclina, valutando il rapporto rischio-beneficio. La terapia consigliata si basa sull'uso di ciprofloxacina endovena e di penicillina per via parenterale. Sono efficaci anche: gentamicina, macrolidi, cloramfenicolo, tetracicline, streptomina in associazione con penicillina. Il governo degli USA ha commissionato 300 milioni di pastiglie di ciprofloxacina.

**BIOTERRORISMO: L'UNICA CERTEZZA
E' LA PAURA**

DI ANGELO MILAZZO

Il vaccino, non disponibile in Italia, è efficace e recentemente è stato raccomandato per numerose categorie negli USA.

BOTULINICA È una potentissima neurotossina che inibisce il rilascio di acetilcolina a livello delle terminazioni nervose, provocando paralisi flaccide di tipo discendente. Il periodo di incubazione è di 12-36 ore dopo l'ingestione e di 24-72 ore dopo l'inalazione. I mezzi di possibile diffusione sono: 1) la contaminazione di alimenti; 2) l'aerosolizzazione. La contaminazione delle risorse idriche sembra fortunatamente più problematica, per la necessità di enormi quantitativi di tossina, e per l'inattivazione di questa che si verifica con i comuni trattamenti usati per la potabilizzazione delle acque. La terapia si basa sull'impiego di siero specifico. Sono disponibili presso il Ministero 294 flaconi di siero antbotulinico equino polivalente A-B-E. Può rendersi necessaria terapia intensiva di supporto.

PESTE I mezzi di possibile diffusione della peste sono: 1) per disseminazione di bacilli mediante aerosol; 2) per contaminazione di materiali ed oggetti di uso comune (trasmissione indiretta); 3) per introduzione di vettori (pulci) e serbatoi (roditori) infetti. La forma bubbonica è dovuta alla puntura di pulci infette; quella polmonare alla inalazione di materiale infetto.

La chemiopprofilassi viene consigliata per 7 giorni mediante l'uso di: doxiciclina o ciprofloxacina, oppure di altre tetracicline. Nei bambini di età inferiore a 8 anni è più indicato il cotrimossazolo. La terapia è basata sulla streptomina, oppure



sulla gentamicina o sul cloramfenicolo. Si possono usare anche la doxiciclina e i sulfamidici.

VIRUS Ipotesi di impiego a scopo terroristico riguardano le famiglie: Filoviridae, Arenaviridae, e Bunyaviridae, tutti responsabili di febbri emorragiche. Inoltre è stato ipotizzato l'uso di Flaviviridae (virus della febbre gialla) e Togaviridae, agenti soprattutto di svariate forme di encefaliti. I mezzi di possibile diffusione sono rappresentati da: 1) disseminazione per via aerea; 2) disseminazione di vettori infetti, essenzialmente zanzare e zecche; 3) contaminazione di materiali ed oggetti di uso comune. In generale si tratta fortunatamente di virus poco resistenti all'ambiente esterno, il cui ciclo in natura viene mantenuto ad opera di vettori o di serbatoi di infezione che sono di difficile diffusione con le condizioni climatiche ed igieniche dei paesi sviluppati. Esiste un vaccino solo per la febbre gialla. Negli altri casi la terapia è di semplice supporto. La somministrazione di ribavirina può essere utile, soprattutto nelle infezioni da Arenavirus.



A quale età occorre iniziare a controllare i livelli di colesterolo? Alcuni ricercatori inglesi hanno analizzato la relazione tra livelli lipidici e distensibilità arteriosa in 361 ragazzi di età compresa tra i 9 e gli 11 anni.

La funzionalità vascolare è stata misurata mediante ultrasuoni per determinare la variazione di diametro nell'arteria brachiale tra sistole e diastole: più la differenza è alta, maggiore è la distensibilità arteriosa. L'analisi ha dimostrato che la distensibilità non varia

in relazione al sesso, alla classe sociale, all'etnia, ai livelli di glicemia o al fumo di sigaretta.

MEGLIO PRIMA O NO? COLESTEROLO NEGLI ADOLESCENTI

Diminuisce però con i livelli maggiori di colesterolo: maggiori livelli di LDL-colesterolo sono associati con minore distensibilità, mentre HDL-colesterolo e

trigliceridi non sono correlati con la funzionalità vasale. Nessuna di queste associazioni si è modificata dopo aggiustamenti per pressione arteriosa, massa corporea ed altre informazioni cliniche.

Commento: una riprova in più, inaspettata, dell'importanza dei livelli di colesterolo per la funzionalità vascolare. Rimane però da stabilire se l'intervento ipolipemizzante nei ragazzi con severe dislipidemie porti a benefici nell'età adulta oppure no. (*Circulation*, 04.04.2000)

L'enorme quantità di informazioni mediche disponibili in letteratura ha generato un uso sempre maggiore delle rassegne sistematiche. Recentemente, iniziative quali la **Cochrane Library** hanno collaborato a migliorare la qualità metodologica di tali indagini.

Ricercatori canadesi hanno ora valutato le rassegne e le meta-analisi pubblicate a proposito delle terapie dell'asma, per stabilirne la qualità. Delle 50 rassegne e meta-analisi esaminate, più della metà sono state pubblicate durante gli ultimi due anni; 12 sono state pubblicate nella Cochrane Library e 38 in riviste specializzate.

Ogni studio pubblicato è stato analizzato mediante una scala di qualità metodologica basata su 7 punti: un punteggio di 3 o inferiore è stato classificato come gravemente carente; 40 rassegne sono state giudicate in questa fascia. In generale, la Cochrane Library ha ottenuto un punteggio significativamente maggiore rispetto alle riviste esaminate (6 punti contro 2). Tutte le rassegne (6) che erano state

Troppe informazioni mediche?
Ecco la soluzione!

RASSEGNE SISTEMATICHE

sponsorizzate dall'industria farmaceutica hanno ottenuto un punteggio non superiore a 3.

Commento: occorre prestare attenzione alla qualità metodologica dei lavori esaminati, e molte rassegne sistematiche sono, sotto questo punto di vista, deficitarie. La Cochrane Library appare tuttora lo strumento migliore e più attendibile. (*BMJ*, 26.2.2000)

E si trova su internet nei siti inglese www.chorane.org e italiano www.areas.it



