

note di cultura per il pediatra

a.c.p.

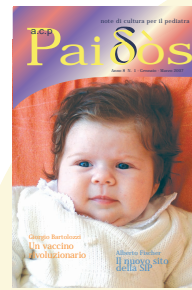
Paìδòs

Anno 8 N. 1 - Gennaio - Marzo 2007



Giorgio Bartolozzi
Un vaccino
rivoluzionario

Alberto Fischer
Il nuovo sito
della SIP



Rivista Paidòs
 Direttore responsabile
 Francesco La Magna
 Direttore
 Antonino Gulino
 Vicedirettore
 Maria Libranti
 Comitato Scientifico
 Giorgio Bartolozzi
 Alberto Fischer
 Lorenzo Pavone
 Gino Schilirò
 Responsabile
 di redazione
 Francesco Privitera
 Comitato di redazione
 Filippo Di Forti
 Vito Marletta
 Salvatore Spitaleri
Collaboratori
 Giusy Germenia
 Adriano Fischer
 Angelo Milazzo
 Sergio Sambataro
 Giuseppe Mazzola
 Osvaldo Borrelli
 Ruggero Francavilla

C.D. Ass. Culturale Paidos *
 Alberto Fischer
 Salvatore Bonforte
 Rosario Bucchieri
 Filippo Di Forti
 Antonino Gulino
 Maria Libranti
 Lidia Luglio
 Vito Marletta
 Giuseppe Mazzola
 Gino Miano
 Giuseppe Patanè
 Francesco Privitera
 Salvatore Spitaleri

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

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

Questo periodico è distribuito gratuitamente ai pediatri

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

EDITORIALE

Inutile "care"

di Antonino Gulino

Gli spazi angusti delle pagine della nostra rivista e dei nostri ambulatori sono spesso per noi un'isola, un angolo lontano dall'universo che ci circonda.

Un mondo a parte fatto di progetti, di studio, di responsabilità, spesso di insicurezze, ma ispirato a principi e regole condivise con i nostri interlocutori.

Ma ogni tanto la cronaca ci trascina via dalle nostre spiagge, mette a nudo i nostri egoismi quotidiani, ci costringe a confrontarci con qualcosa d'altro, non la difficile diagnosi, la comunicazione impervia; bensì la constatazione di un insuccesso che non è professionale ma soprattutto umano.

Le tristi vicende seguite alla partita di calcio Catania - Palermo, la morte di un innocente, ma anche lo spettacolo indecente messo in piedi da mass-media assetati di sangue ci hanno sconvolto. Il dolore, la rabbia ma anche lo sconforto si sono impadroniti di noi, ci siamo quasi vergognati di essere parte di questa terra. Le immagini di tanti, troppi ragazzi che dietro un passamon-tagna, una sciarpa, nascondevano non tanto i loro volti quanto la loro gioventù, ci costringono a riflettere, a ripensare il nostro ruolo di medici ma soprattutto di pediatri. Il nostro lavoro negli anni è cambiato, l'evento malattia, non è più al centro del nostro operare, ma si è arricchito di una serie di competenze, che trova pieno riscontro in un termine anglosassone: "care". Un compito che presuppone assistenza medica e psicologica, ma anche guida per i bambini e le loro famiglie verso una crescita sociale, un impegno quindi che travalica il rapporto individuale e si trasforma in azione educativa.

Ma i tanti sciagurati che si sono resi protagonisti di tanta violenza hanno gli occhi, i gesti, gli atteggiamenti dei tanti adolescenti che sono cresciuti nei nostri ambulatori.

Evidentemente abbiamo sbagliato qualcosa, senza fare facile sociologia da asporto, non abbiamo saputo cogliere i sintomi di una malattia, di un disagio o semplicemente non siamo riusciti a condividere con loro le regole del nostro mondo di adulti.

Le regole, le norme, i vincoli, tutto ciò che in questi giorni sono stati sbandierati da tutti, ma che sono alla base di ogni convivenza civile, i "no che aiutano a crescere" trovano sempre minori estimatori nelle nostre famiglie. I nostri genitori sono troppo impegnati a far crescere i propri figli in un'isola che non c'è, popolata non da pirati o bambini abbandonati, ma da vallette e calciatori, da politici con il cerone e da falsi intellettuali in perenne vagare da un inutile talk-show ad un improbabile reality.

Nostro dovere è quello di rifiutare questa logica, di riproporre un concetto difficile, spesso strumentalizzato, il rispetto delle leggi in qualunque contesto e senza alcuna eccezione, l'unica via per un reale progresso.

SOMMARIO

- 3 Editoriale
- 4 L'angolo di Giorgio Bartolozzi
- 6 Il sito della SIP
- 8 Terapia nell'infezione da H.Pylori
- 10 Protusione del mascellare superiore
- 12 Il dolore addominale ricorrente
- 16 L'allergonauta
- 17 Lo stupidiatra
- 18 Neuroimaging
- 19 Pediatri tra le stelle
- 20 Pillole di endocrinologia
- 22 News dalla rete

RUBRICHE

- 11 Digiamocelo
- 14 Cinema e pediatria
- 14 King of Convenienze
- 15 Recensioni
- 21 Il sito consigliato da G.Mazzola

Copertina
 (foto di M. Fiorino)

Oggi non si fa che parlare di lui, e questo perché rappresenta un'importante innovazione nella storia dei vaccini. Il primo vaccino che previene non solo un'infezione virale, quella del Papillomavirus, ma è in grado di cambiare la storia del carcinoma della cervice.



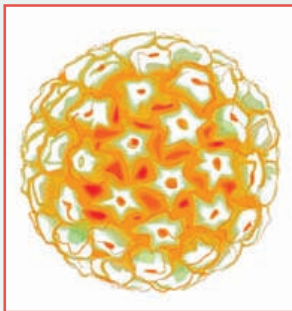
Un vaccino rivoluzionario

di Giorgio Bartolozzi

Fu il dott. Papanicolaou ad individuare le displasie cellulari cervicali segno della neoplasia attivando una metodologia preventiva, fatta di regolari controlli che continuano a rappresentare l'unico metodo per intervenire precocemente sulla neoplasia. E' da tempo dimostrato che la gran parte delle malattie sessualmente trasmesse oggi è legata all'infezione da Papillomavirus (HPV) e questo virus è stato riscontrato in più del 90% delle neoplasie della cervice ed in circa il 40%

delle neoplasie della vulva e della vagina. L'HPV è un DNA-virus a doppia elica (fig.1), di cui si conoscono almeno 100-200 genotipi differenti, ed è trasmesso quasi esclusivamente per via sessuale. Il 50%-80% dei soggetti sessualmente attivi si infetta nel corso della vita con HPV, e fino al 50% si infetta con un virus oncogeno.

L'infezione può regredire, persistere o progredire, la maggior parte di esse tende a guarire spontaneamente. Solo una piccola parte evolve, anche rapidamente, verso la neoplasia. Non tutti i ceppi, comunque, sono oncogeni. I ceppi 6, 11, 42, 43 sono considerati "a basso rischio", poiché quasi mai determinano il ca, mentre i ceppi 16, 18, 31, 33, 45, sono associati frequentemente al ca. In mezzo troviamo dei ceppi definiti "a medio rischio" perché associati al ca in



maniera non frequente. La tab.1 mostra il percorso "di rischio" a seguito di un'infezione da HPV.

Si sa che in Europa ogni giorno muoiono 40 donne di ca della cervice ed in Italia il tasso di mortalità è di 3 donne ogni 100.000, con un tasso d'incidenza che si aggira su 10/100.000. I giovani non sono esenti dalla infezione come mostra uno studio inglese sull'incidenza dei condilomi acuminati. Si è osservato come la maggiore incidenza si aveva nelle tre coorti di 16 - 19anni, 20 - 24anni e 25 - 31anni.

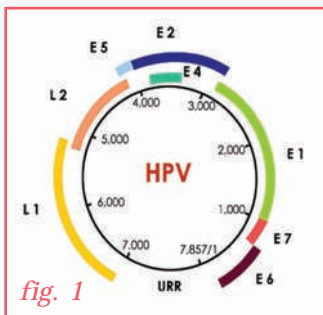


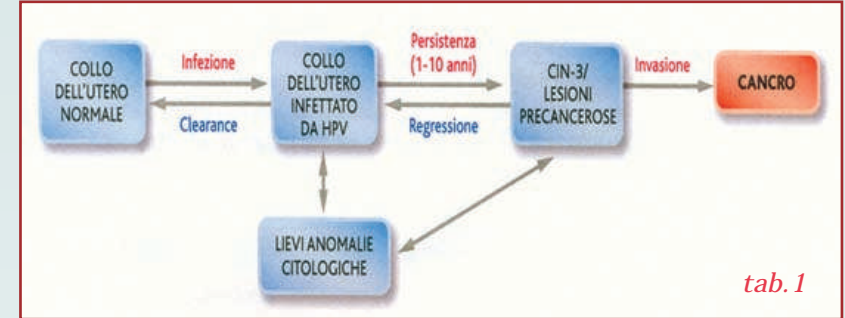
fig. 1

La conoscenza della struttura genomica del virus ha permesso di realizzare un vaccino assemblando la proteina L1 in una particella virus-simile (VLP). La proteina così realizzata si è dimostrata immunogenica con sintesi di anticorpi specifici neutralizzanti e attivazione delle cellule T.

Oggi esistono in commercio due tipi di vaccino, il **Gardasil** ed il **Cervarix**. Il primo è una VLP dei tipi 16,18,6,11, con una potenzialità di protezione del 70% di tutte le CIN 2/3 e del 90% di tutti i condilomi. Scheda 0,2, 6 mesi. E' diretto anche contro il 50% di tutti i casi di CIN1. Il Cervarix è un VLP dei tipi 16 e 18, è diretto contro il 70% di tutte le CIN 2/3 e del cancro cervicale. Il Gardasil è stato già approvato da FDA ed EMEA, mentre il Cervarix è già stato presentato sia all'EMA che al FDA.

La sieroconversione avviene nel 98% per tutti i tipi di HPV ed il picco anticorpale si verifica dopo un mese dalla terza dose. Segue un abbassamento lento per 18 mesi e successivamente il livello si stabilizza nel tempo, con un tasso ematico che è superiore di 10 volte a quello susseguente l'infezione naturale. Il vaccino quadrivalente è risultato efficace nel 100% dei casi nel prevenire la neoplasia cervicale intraepiteliale (CIN 1, 2, 3), mentre il vaccino bivalente è risultato efficace nel 94%, nel prevenire la persistenza dell'infezione del collo dell'utero e nel 96% nel prevenire le anomalie cellulari.

A quale età vaccinare? Il CDC e l'ACIP raccomandano che il vaccino venga somministrato routinariamente alle bambine tra i 10 e gli 11 anni, però considerano possibile anche la vac-

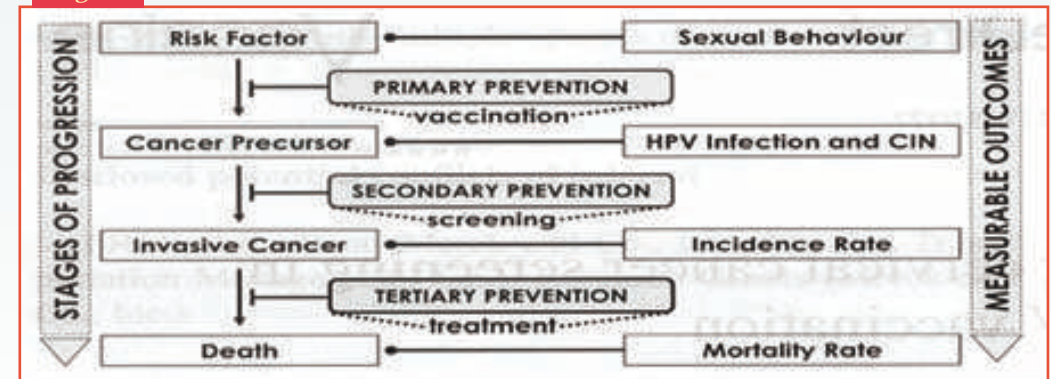


tab. 1

nazione a 9 anni. In Italia l'AIFA ha approvato la somministrazione nel 12° anno di età. La vaccinazione deve esser fatta precocemente, prima dell'inizio dei contatti sessuali, per cui la popolazione bersaglio riguarda la bambina pre-adolescente, anche in considerazione che l'infezione può avvenire in seguito a contatti sessuali non necessariamente accompagnati da penetrazione. Gli effetti locali (dolore, eritema) e generali (cefalea, stanchezza, disturbi gastro-intestinali) sono lievi. E' da considerare anche che la diffusione della vaccinazione non ha al momento un impatto sullo screening Pap-test, almeno per altri 15-20 anni. Chi riceve il vaccino ha ugualmente bisogno dello screening poiché i vaccini non possono prevenire almeno il 30% delle infezioni da HPV e l'infezione da HPV può essere precedente alla vaccinazione. La fig. 2 mostra le modalità di prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

Alcune domande attendono una risposta: quale età migliore per vaccinare? Il vaccino è egualmente attivo nelle donne già sessualmente attive da tempo? Il vaccino è efficace nei maschi? Ma rendiamoci conto che anche questo vaccino è un vaccino pediatrico. Sia per l'età alla quale deve esser somministrato, che per le competenze che i pediatri hanno nelle vaccinazioni, ma soprattutto per il rapporto di fiducia che esiste fra pediatra, famiglia e giovinetta.

fig. 2



Da Maggio 2007 il sito della SIP si presenterà in una nuova veste, rinnovato nella grafica e nei contenuti, veicolo di una nuova filosofia comunicativa della più importante società scientifica pediatrica italiana.



Il nuovo sito della SIP

di Alberto Fischer

Non so se qualcuno di voi, per ventura o per curiosità si è mai collegato al sito della Società Italiana di Pediatria. Io, in tutta franchezza, mai! Almeno fino a quando il Direttivo della SIP, riconoscendomi delle qualità informatiche che io sono consapevole di non avere, mi ha affidato l'onere di rivedere e ristrutturare questo portale. A chi finora era riuscito a collegarsi sembrava un grosso con-

tenitore in cui venivano immessi disordinatamente tanti (e non sempre utili) documenti, peraltro con non poche difficoltà ad essere individuati. Non tutto era poi così male. L'Osservatorio della Ricerca italiana ha un suo peso, come la sezione ECM, ed anche il calendario dei Congressi. Ma tutto corredato da una grafica artigianale, un po' raffazzonata e buttata lì alla rinfusa. Stilisticamente il sito

FIMP appare migliore.

Una società scientifica così importante deve parlare solo ai soci? Deve rimanere una sorta di gruppo chiuso? Ed ecco la novità! Innanzitutto miglioriamo la grafica, rendiamola più allettante e miglioriamo quella che è la sfruttabilità del sito, e non solo per i soci. la nuova filosofia-

La SIP deve essere garante di un'informazione ed una formazione che rispetti tutti i criteri di scientificità, e lo deve fare non solo per chi è associato, ma proprio come entità scientifica deve agire come un filtro adeguato tra i media e l'utenza, accreditando di più i propri soci, ma non rifiutando di aprirsi direttamente all'utenza.

Ciò premesso, si è operato dividendo il sito in tre settori, uno dedicato ai genitori, uno ai medici non iscritti ed uno ai soci. La novità è rappresentata proprio dall'apertura ai genitori con un forum-chat, dove esperti rispondono sui problemi del quotidiano e vi è un database di documenti che rispondono a stretti criteri scientifici su argomenti trattati dai media o solo estrapolati dal forum (piccole emergenze, vaccinazioni, note auxologiche con metodi di valutazione, alimentazione, ecc.).

Per i medici vi saranno delle utilità rappresentate dalla rassegna stampa, dal calendario congressi, da un forum su problemi amministrativo-legali. Per i soci rimarrà quanto è nell'attuale sito, cercando di arricchire soprattutto i minisiti relativi alle sezioni regionali, alle società affiliate ed ai gruppi di studio.

Si sta tentando anche, qualora nei programmi ECM sia data piena attuazione ai provider (la SIP è certificata), di poter attivare l'accreditamento ECM a distanza, rendendo più attiva in tal senso la relativa sezione.

Altra novità, già presente da febbraio sul vecchio sito, è l'immissione di video, realizzati da noti studiosi su temi di aggiornamento o informazione scientifica. Il video può essere utile a tutti, in quanto scaricabile ed ascoltabile in qualsiasi momento ma lo sarà di più per chi ha difficoltà ad inseguire uno o più dei 13.000 congressi e convegni che annualmente si tengono in Italia. Attualmente si possono trovare sul sito i video sulla MICI di Salvatore Cucchiara, e quello sulla terapia insulinica inalatoria della prof.ssa Quattrin di Buffalo. I video sono realizzati tecnicamente da un romanaccio, Lubrano, neurologo pediatra dell'Umberto 1°, che non solo è tecnicamente preparato ma si è anche dimostrato disponibilissimo.

Certo, ancora bisogna fare molta strada, ma per farla qualitativamente bene è necessario un contributo di tutti, con idee, suggerimenti, ed anche critiche.



Novità nella Terapia dell'Infezione da *Helicobacter Pylori* nel Bambino

di F.Nicastro, D.Intini, C.Fontana, C.De Ruvo, R.Francavilla

L'infezione da *Helicobacter Pylori*

L'*Helicobacter pylori* (*H. pylori*) è un batterio Gram negativo a forma di spirale che colonizza la mucosa gastrica infettando approssimativamente il 50% della popolazione mondiale, con una maggiore prevalenza nei paesi in via di sviluppo. La sua nicchia biologica è rappresentata dal muco gastrico dell'uomo in cui vive perfettamente, protetto dall'acido gastrico, per la creazione di un buffer alcalino generato dall'ureasi. L'età pediatrica è stata identificata come il momento cruciale per l'acquisizione dell'infezione. Il contagio è possibile sia per via oro-orale che per quella oro-fecale e iatrogena. Il quadro clinico è spesso sfumato oppure silente. I sintomi più frequenti sono rappresentati da: rigurgiti, nausea e/o vomito, senso di ripienezza postprandiale, alitosi, melena, calo ponderale, anoressia ed anemia sideropenica refrattaria alla terapia marziale per os.

La diagnosi si basa su test invasivi quali l'esofago-gastro-duodeno-scopia con relativo esame istologico che identifica il batterio (e permette l'antibiogramma per una terapia antibiotica mirata) e su test non invasivi quali il breath test all'urea marcata e la ricerca dell'antigene fecale dell'*H. pylori* che oggi hanno una elevatissima sensibilità e specificità.

La terapia dell'*Helicobacter Pylori*.

Chi trattare

Il primo problema nel trattamento dell'infezione da *H. pylori* riguarda la selezione dei soggetti da trattare. Attualmente le linee guida delle maggiori società scientifiche di gastroenterologia pediatrica raccomandano la terapia solo nei pazienti con: a) malattia ulcero-peptica, b) gastrite atrofica o MALT linfoma, c) parenti di primo grado con cancro gastrico, d) anemia sideropenica o porpora trombotica trombocitopenica refrattarie alla terapia. Il bambino asintomatico

che scopre per screening di essere infetto non deve essere trattato. Attualmente non è ancora chiaro se l'*H. pylori* sia implicato nella genesi del dolore addominale ricorrente del bambino e pertanto andrebbe cercato solo se quest'ultimo ha il carattere di dispesia simil-ulcerosa.

Come trattare

Il problema maggiore nella gestione dell'infezione da *H. pylori* è l'assenza di un regime terapeutico che possa garantire il 100% di eradicazione. Gli schemi terapeutici utilizzati per l'eradicazione dell'infezione da *H. pylori* nella popolazione pediatrica hanno subito delle modificazioni nel corso degli anni. Partendo dall'utilizzo di un solo farmaco (monoterapia), si sono sperimentate terapie multiple associando due o tre farmaci (terapia duplice o triplice; generalmente due antibiotici o un inibitore di pompa protonica più due antibiotici) nel tentativo di ottenere percentuali di eradicazione via via superiori. L'efficacia della terapia antibiotica dipende, tuttavia, non solo dalla relativa sensibilità del ceppo batterico, ma in gran parte dalla efficacia antibatterica dell'antibiotico in ambiente acido: questa considerazione ha suggerito l'utilizzo di terapie combinate di acido-soppressori ed antibiotici. La tabella 1 mostra le percentuali di eradicazione con i vari schemi terapeutici.

Cause di insuccesso terapeutico

I maggiori fattori responsabili dell'insuccesso della terapia eradicante sono l'aumento delle resistenze agli antibiotici da parte del batterio e la compliance alla terapia. Le resistenze sono principalmente dovute al largo utilizzo di antibiotici (solitamente per altre indicazioni). Recenti studi hanno infatti dimostrato che i bambini europei sono infettati da ceppi di *H. pylori* già resistenti alla claritromicina od al metronidazolo nel 30% e ad entrambi nel 9% dei casi. Fortunatamente, la resistenza all'amoxicillina è un evento

Tab.1. Percentuali di eradicazione con i vari schemi terapeutici in età pediatrica

Schema terapeutico	Durata	Tasso di eradicazione
Omeprazolo + Amoxicillina	7 giorni	45%
Amoxicillina + Tinidazolo	7 giorni	70%
Omeprazolo + Amoxicillina + Claritromicina	7 giorni	80%
Omeprazolo + Metronidazolo + Claritromicina	7 giorni	75%
Omeprazolo + Amoxicillina + Tinidazolo	7 giorni	80%
Terapia sequenziale	10 giorni	95%

estremamente raro perché richiede più mutazioni genetiche.

Un altro fattore importante è la compliance del piccolo paziente al trattamento, resa difficile dal numero notevole di pillole da assumere quotidianamente e dall'alta prevalenza di effetti collaterali dell'antibiotico-terapia.

Nuove prospettive terapeutiche

Con lo scopo di migliorare il successo nell'eradicazione, il nostro gruppo di studio ha recentemente effettuato un trial clinico in cui i bambini arruolati (identici per età, sesso, sintomi clinici e reperti endoscopici ed istologici) sono stati divisi in due gruppi di trattamento. Lo studio era finalizzato a valutare l'efficacia del nuovo regime terapeutico sequenziale di 10 giorni, già sperimentato nell'adulto, rispetto alla triplice terapia convenzionale. Questo nuovo schema terapeutico prevede l'utilizzo di una duplice terapia (inibitore di pompa + amoxicillina) per 5 giorni, seguita da una triplice terapia (inibitore di pompa + claritromicina + tinidazolo) per altri 5 giorni. In questo trattamento riveste un ruolo chiave l'amoxicillina che, utilizzata nei primi 5 giorni di terapia, indebolisce la parete batterica favorendo la penetrazione del macrolide usato successivamente. Si ritiene che l'uso di tale farmaco prevenga la selezione di ceppi resistenti alla claritromicina, fattore limitante l'efficacia della terapia triplice usata nei successivi 5 giorni. Nella nostra esperienza abbiamo ottenuto una

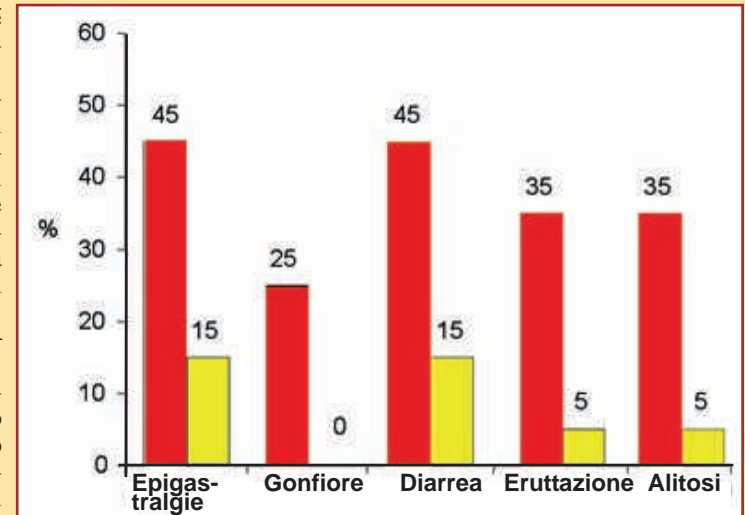


Fig. 1- Sintomi dispeptici durante la terapia antibiotica in bambini che hanno ricevuto il probiotico (giallo) o il placebo (rosso).

percentuale di eradicazione del 95% con la terapia sequenziale contro il 78% della triplice standard. Inoltre, abbiamo dimostrato che somministrando contestualmente alla terapia eradicante il *Lactobacillus reuteri* ATCC 55730 si riducono in modo significativo gli effetti collaterali degli antibiotici con grande vantaggio per il bambino (Figura 1).

Conclusioni

Il nostro studio ha dimostrato che il tasso di eradicazione di *H. pylori* è significativamente più alto nei bambini trattati con terapia sequenziale rispetto a quello ottenuto con la terapia triplice standard e che è possibile prevenire in larga misura i sintomi dispeptici determinati dalla terapia antibiotica se si associa il *Lactobacillus reuteri*. Pertanto, proponiamo questo nuovo schema terapeutico nella pratica clinica pediatrica.

Tab.2-Raccomandazioni della Società Nord Americana di Gastroenterologia Pediatrica circa l'infezione da *H. pylori* nel bambino.

- In età pediatrica non esiste un quadro clinico specifico associato all'infezione da *H. pylori* che indichi la necessità di uno screening dell'infezione con test non-invasivi specie in bambini con sintomi dispeptici;
- Nei bambini la diagnosi dovrebbe essere fatta solo se i sintomi sono così gravi da giustificare i rischi degli effetti collaterali della terapia;
- La gastroscopia deve essere il metodo di scelta per la diagnosi in bambini con sintomi riferibili al tratto digestivo superiore e che siano suggestivi di malattia organica;
- Se la diagnosi di *H. pylori* risulta dalla gastroscopia, la terapia eradicante l'infezione deve essere offerta al paziente;
- I test sierologici (ELISA ed Immunoblot) e i test rapidi nel bambino non sono affidabili come nell'adulto;
- Il test del respiro dopo pasto con Urea-C13 (UBT) è un test diagnostico non-invasivo affidabile nel bambino;
- In bambini trattati con terapia antibiotica la risposta alla terapia deve essere controllata con un test non invasivo affidabile.

Protrusione del massellare superiore

di Sergio Sambataro

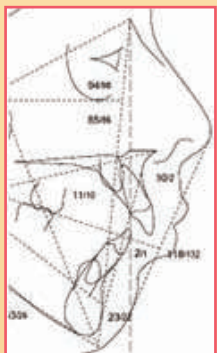


fig. 1 - Paziente maschio di 3 anni in classe II;

Questa condizione è anche definita come classe II e, agli inizi del secolo, essa veniva considerata come un deficit di crescita mandibolare. Oggi è stato dimostrato scientificamente come la stragrande maggioranza dei casi sono causati da una protrusione del massellare superiore.

Questo dato è confortato anche dall'evidenza clinica: si osserva sovente come questa porzione dello scheletro della faccia ha un ruolo passivo durante la crescita e si adatta agli equilibri funzionali presenti, oltre alla determinante influenza genetica. Ma, di fronte ad un pattern genetico eumorfico, un'alterata respirazione, deglutizione, fonazione o un'abitudine viziata di succhiamento del pollice o ancora un uso prolungato del ciuccio possono deformare il massellare superiore



fig. 2 - Telecranio laterale iniziale.

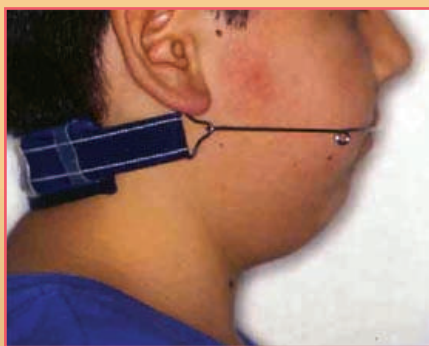


fig. 3 - Apparecchio indossato.

che, a questa età è molto plasmabile.

Questa caratteristica, se da un lato determina un'alterazione scheletrica, dall'altro permette la risoluzione del problema, a condizione che il paziente venga trattato precocemente, possibilmente in dentatura decidua.

In generale si può affermare che gli obiettivi di una terapia precoce sono:

1. Correzione ortopedica;
2. Correzione funzionale automatica;
3. Utilizzo della crescita.

La correzione ortopedica viene effettuata con apparecchi molto semplici come la trazione extraorale che viene indossata solo la notte.

L'avvenuta modifica scheletrica è responsabile di un nuovo ambiente funzionale che permette il ristabilimento delle corrette funzioni della cavità orale. In altre parole si ristabilisce la forma per ripristinare la funzione.

La previsione di crescita permette il suo utilizzo a vantaggio della terapia e quindi del paziente.

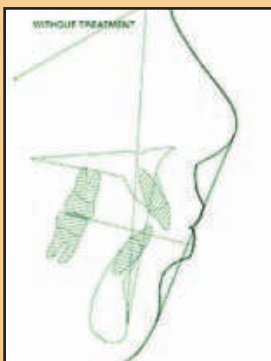


fig. 4 - Studio computerizzato di previsione di crescita fino a fine crescita (19 anni) che dimostra il peggioramento della protrusione superiore e del morso aperto anteriore.



fig. 6 - Telecranio



fig. 5 - Risultato mediante terapia ortopedica (trazione cervicale) per la durata di un anno e 8 mesi.

DI GIAMOCELO...

Molti di voi non si ricorderanno, io stessa non ho capelli bianchi a sufficienza per averlo sperimentato su me stessa, ma c'è stato un tempo, neanche troppo lontano, in cui i medici erano rispettati e riveriti, ammirati e stimati al punto da generare sentimenti di affetto e gratitudine a volte spropositati. Qualunque atto medico, anche se non dava garanzie di guarigione, veniva accolto con una tale dose di benevola fiducia da predisporre i pazienti nello stato d'animo più consono ad un esito favorevole.

Ricordo ancora, quand'ero una piccola paziente, il timore reverenziale con il quale si attendeva la visita del Dottore, il silenzio "assordante" che accompagnava le sue manovre semeiologiche, la scrupolosa diligenza con la quale i miei genitori, divenuti "discepoli", si attenevano alle indicazioni terapeutiche ricevute; oltre alla parcella, che veniva offerta con educazione ed accettata con riluttanza, era di rito l'asciugamano immacolato, il caffè nel servizio buono, il dolcetto della nonna, ma - si capiva chiaramente - l'offerta più importante era l'intima consegna, senza remora alcuna, del bene più grande, la salute dei propri cari che veniva riposta nelle mani di un solo uomo che incarnava ad un tempo il padre, l'amico, il fratello, il saggio guaritore ed il "sant'uomo" che ognuno vorrebbe accanto a sé nei momenti di difficoltà.

Senza la pretesa di sperare in una tale 'esuberante' considerazione (chè in fin dei conti non si faceva altro che il proprio dovere) bisogna prendere atto che negli ultimi decenni, a fronte degli enormi progressi della medicina, l'atteggiamento nei riguardi della categoria è radicalmente cambiato. In pochi anni si è caduti rovinosamente dal piedistallo nel quale, forse esageratamente, si era stati posti, giù,

giù... ma proprio giù nelle pagine dei quotidiani che parlano di malasanità o tra i corridoi e le aule dei tribunali a discolparci spesso, ahino!, per errori mai commessi.

Tra i due estremi tutta una serie di segnali ingravescenti: si è passati dalle "megaceste" natalizie alla singola bottiglia di Limoncello o di Chivas, fino al nulla assoluto (già molto più gradito rispetto alla "sorpresa" di un avviso di garanzia!).

Se prima il più temibile nemico nel confronto con i genitori più "intraprendenti" - oltre alle nonne e alle vicine di casa, che rappresentano ancora oggi "l'ossidabile" termine di paragone - era l'enciclopedia medica, oggi, anche per somministrare la Tachipirina, bisogna confrontarsi con Internet. Alzi la mano chi non ha ancora ricevuto i genitori "navigatori" con il fascicoletto scaricato con Google (accidenti ai motori di ricerca!) sotto il braccio e lo sguardo di sfida del genere: "attenzione-a-quello-che-dici-che-ne-so-più-di-te"; e così, mentre con lo studio pieno provi insensatamente a riassumere almeno tre anni di studi di medicina alla mamma parrucchiera ed al papà che, molto rispettabilmente, vende frutta e verdura al mercato, ti ritrovi a maledire il Web e tutti i progressi della telematica.

Digiamocelo subito, non c'è più mondo! Tutto gira talmente velocemente che temo si siano raggiunti i 180 gradi, angolo critico in cui ci si ritrova al punto diametralmente opposto a quello di partenza.

E' successo dieci giorni fa, si è ripetuto ieri e ciò lascia pensare che si ripeterà ancora. Vi chiederete cos'è che mi ha lasciato così sbigottita e sconcertata insieme. Ebbene per prima la mamma di Salvatore (signora piuttosto ansiosa come molte ma antipatica come poche) e poi la mamma di Paolo (meno ansiosa e decisamente più simpatica, almeno fino a ieri). Tutt'è due candidamente anche se in tempi diversi, mentre ricontrollo i piccoli entrambi per bronchiolite, chiosano: "Dottorressa mi dice cosa ascolta con quel coso là (il fonendo) perché ce l'ho anch'io a casa, ho provato ad auscultare ma non ho capito niente, lei cos'è che sente?"

Ed io, con la giusta dose di cattiveria richiesta dalla situazione, a denti stretti: "Il murmure vescicolare, signora!"

Che faccio, le istruisco più velocemente del Cepu? Hai visto mai che se mi ammalò, come nelle barzellette, gli tolgo la soddisfazione e mi faccio dire un bel: "Dica trentatré!"



di Maria Libranfi

rubriche

INTERVISTA



I dolori addominali ricorrenti sono un'evenienza clinica piuttosto comune che comporta spesso ansia e preoccupazione in ambito familiare e non pochi dubbi da parte del pediatra. Le indicazioni di Osvaldo Borrelli, Marina Aloï, Salvatore Cucchiara del Dipartimento di Pediatria, UOC di Gastroenterologia Pediatrica dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" credo che potranno esserci di grande aiuto nella nostra attività.

D) Cosa si intende per dolore addominale ricorrente?

Il termine "dolore addominale ricorrente" (DAR) è stato coniato per la prima volta dal pediatra inglese John Apley nel 1958 per definire una condizione clinica caratterizzata da "tre o più episodi di dolore addominale sufficientemente severo da interferire con le normali attività del bambino e che si ripete per un periodo più lungo di tre mesi".

Si tratta di un disturbo molto frequente nei bambini e negli adolescenti, con un'incidenza riportata del 10%-15% in bambini dai 4 ai 16 anni. Sotto i 9 anni, i DAR sembrano colpire nello stesso modo maschi e femmine, successivamente si riscontra un aumento dell'incidenza nelle femmine, tanto che tra i 9 e i 12 anni il rapporto femmine-maschi è di 1.5:1. Il picco globale di incidenza si ritrova tra i 10 e i 12 anni. È stato dimostrato che solo il 5%-10% dei bambini con DAR ha un processo organico che contribuisce al loro dolore, nel 90%-95% dei casi la causa è funzionale. Ma, nonostante la natura benigna del disturbo, questo disordine è stato associato ad un elevato numero di assenze scolastiche, frequenti visite mediche, ansia e depressione.

D) Qual'è l'eziologia e la fisiopatologia

TABELLA 1: CAUSE ORGANICHE DI DAR

- Stipsi cronica
- MICI
- Intolleranza al lattosio
- Infezione da *Helicobacter pylori*
- Infestazioni/Infezioni del tratto GI
- Ulcera peptica
- Celiachia
- Esofagite
- Diverticolo di Meckel
- Invaginazioni
- Ernie
- Appendicite cronica
- Pancreatite ricorrente
- Patologie tratto genito-urinario
- Malattie autoimmunitarie
- Malattie metaboliche

Il più delle volte i DAR nell'infanzia non sono associati ad una causa organica, tuttavia è sempre necessario considerare patologie d'organo nella diagnosi differenziale, poiché queste ultime necessitano di interventi specifici (Tabella 1).

Nel caso più frequente in cui non venga identificata una patologia organica, il dolore viene etichettato come "funzionale". In questo sottogruppo di bambini la percezione del DAR deriva da una complessa interazione tra fattori psicosociali e fisiologici che coinvolge il Sistema Nervoso Enterico ed il Sistema Nervoso Centrale. L'intensità e la qualità del dolore sono modulate da input afferenti sensoriali, emotivi e cognitivi, integrati a livello del SNC.

Classificazione

La classificazione oggi utilizzata per le forme

TABELLA 2: DISTURBI FUNZIONALI GASTROINTESTINALI

- Vomito e aerofagia
- Dolori Addominali
 - Dolori addominali funzionali
 - Sindrome del colon irritabile
 - Dispepsia funzionale
 - Emicrania addominale
- Disturbi della defecazione funzionali

"non organiche" di DAR è quella che li include tra i disturbi gastrointestinali funzionali pediatrici (Tabella 2).

D) Quali sono le manifestazioni cliniche più comuni?

I sintomi del DAR funzionale sono aspecifici, non hanno alcun pattern temporale caratteristico. Nei quadri tipici, il dolore è episodico, in sede periumbelicale, autolimitantesi, non legato ai pasti o a particolari attività e raramente sveglia il bambino durante il sonno. I parametri auxologici e l'esame obiettivo sono normali. Spesso compare in associazione a particolari eventi psicologici e può essere accompagnato da altri sintomi come astenia, vertigini, nausea senza vomito.

Sindrome del colon irritabile

Diversi bambini con DAR presentano i criteri che permettono di fare diagnosi di sindrome del colon irritabile: dolore addominale ridotto dalla defecazione, evacuazioni più frequenti all'esordio dell'episodio doloroso, feci di consistenza alterata (dure, semiliquide o liquide), associato meteorismo o distensione addominale. In questi casi occorre accertarsi sulla correttezza dell'alimentazione, che sia adeguata in fibre in caso di stipsi o che il paziente non faccia un uso eccessivo di zuccheri o sorbitolo in caso di diarrea. Occorre prestare attenzione all'eventuale presenza di sintomi concomitanti che facciano pensare ad una malattia organica, come perdita di peso, anemia, rettorragia, febbre. La diagnosi si basa sulla storia clinica, gli esami di laboratorio sono normali. Il trattamento si basa sulla rassicurazione, su aggiustamenti della dieta e sull'uso di probiotici. L'olio di menta piperita, secondo recenti studi, determinerebbe una riduzione del dolore in pazienti con sindrome del colon irritabile.

D) Come fare diagnosi?

L'approccio al bambino con DAR si basa su una attenta valutazione anamnestica e clinica. È importante ottenere una descrizione dettagliata dei sintomi, quale carattere, localizzazione, relazione temporale, gravità, sintomi associati, potenziali eventi scatenanti, limitazione delle attività quotidiane e misure usate per attenuare il dolore. I bambini con DAR sono spesso soggetti che si preoccupano troppo e non condividono le loro paure con gli altri, a scuola sono molto seri e hanno un ottimo rendimento, oppure provengono da famiglie disagiate e hanno notevoli difficoltà. L'esordio del DAR funzionale può coincidere con una malattia acuta e transitoria come una gastroenterite e la famiglia può rafforzare il sintomo dimostrando preoccupazioni eccessive. In presenza di segni d'allarme (Tabella 3) è necessario effettuare opportuni approfondimenti diagnostici.

Clinicamente, dovranno essere indagate potenziali localizzazioni extraintestinali (bocca, articolazioni, area perianale), dopo aver effettuato un'accurata valutazione auxologica e dello sviluppo puberale.

Alla luce del fatto che solo il 10-15% dei casi di DAR sono dovuti ad una causa organica, indagini approfondite devono essere eseguite solo in un ristretto target di pazienti. Nella maggioranza dei pazienti, è sufficiente eseguire un emocromo, esame urine ed urinocoltura ed, eventualmente un esame su feci per sangue occulto. Se è presente diarrea, è opportuno eseguire una coprocultura e ricerca di uova e parassiti fecali. Il ruolo della radiologia è



Intervista a:
O. Borrelli,
M. Aloï,
S. Cucchiara

Il dolore addominale ricorrente

di **Antonino Gulino**

TABELLA 3: SEGNI D'ALLARME

- Localizzazione lontana dall'ombelico
- Dolore associato ad alterazioni dell'evacuazione, soprattutto diarrea notturna
- Dolore notturno
- Vomito ripetuto, soprattutto biliare
- Sintomi sistemici, soprattutto febbre ricorrente, perdita dell'appetito, ridotto accrescimento o perdita di peso, astenia
- Bambino < 4 anni
- Organomegalia, resistenza addominale
- Anomalie perianali (fissure, ulcerazioni, "skin tags")

importante ma limitato a specifici casi. Un radiografia in bianco dell'addome può essere utile in caso di sospetta stipsi cronica, specialmente se la storia clinica e l'esame obiettivo non sono di aiuto nella diagnosi. L'uso dell'ecografia dell'addome come esame di screening è di dubbio valore. Può essere utile solo in caso di un sospetto diagnostico orientato nei confronti di patologie a carico del sistema genito-urinario (uropatia ostruttiva, idronefrosi) o ginecologico (cisti ovariche) o della colecisti.

Se si sospetta una MICI, sarà opportuno effettuare una valutazione degli indici infiammatori (VES, PCR), un esame sulle feci alla ricerca di sangue occulto e calprotectina fecale, anche se per la diagnosi di certezza sarà necessario un esame endoscopico. Se le caratteristiche del dolore orientano verso una patologia ulceroso-peptica, sarà utile una esofagogastroduodenoscopia con biopsie multiple.

D) Quale terapia?

Una volta fatta diagnosi di DAR funzionale, il primo passo da fare è spiegare in maniera chiara alla famiglia il concetto di "dolore addominale funzionale". Infatti, diversi genitori identificano un disturbo funzionale come "non fisico" e, quindi, inventato. Il metodo più convincente per spiegare il concetto ai genitori è quello di comparare il dolore addominale alla cefalea degli adulti. Una volta chiarito tale concetto, è importante rassicurare il bambino e la famiglia e aiutare l'intero nucleo familiare a gestire il problema. I genitori devono mantenere un atteggiamento empatico nei confronti del dolore del bambino, ma incoraggiare al massimo il proseguimento delle normali attività e non assecondare eccessive assenze scolastiche.

È importante sottolineare che i bambini sono molto suggestionabili, per cui, se il bambino non lamenta dolore, non è opportuno focalizzare l'attenzione su di esso. Il ruolo di una dieta ricca in fibre non appare ancora chiaro, un supporto farmacologico non è, in genere, indicata, ma all'occorrenza possono essere utilizzati farmaci bloccanti l'acidità gastrica, rilassanti la muscolatura viscerale, aggiustamenti della dieta e probiotici. Il supporto psicologico può essere necessario nelle forme più gravi. Il successo del trattamento dipende da uno stretto follow up, tuttavia la risoluzione completa dei sintomi si ottiene solo nel 30%-40% dei casi e spesso i bambini con DAR diventano adulti con disturbi funzionali.



di Antonino Gulino

La masseria delle allodole,
regia di Paolo e Vittorio Taviani

I fratelli Taviani, due dei maestri del nostro cinema, dopo qualche anno di assenza dal grande schermo tornano con un grande film: *La masseria delle allodole*, tratto dall'omonimo romanzo di Antonia Arslan (edito da Rizzoli). La pellicola fa rivivere sullo schermo una delle pagine più tragiche della storia del novecento: il massacro scientifico e totale della minoranza armena, nella Turchia del 1915. Gli autori in un'intervista hanno dichiarato che "con questa storia volevamo anche ricordare i tanti massacri con cui ci siamo abituati a convivere. Dal Ruanda al Kosovo".

Il film racconta le vicende di una ricca famiglia armena, gli Avakian, residenti in una cittadina dell'Anatolia, rispettati dalla propria comunità ma anche dai turchi. Conducono una vita tranquilla, ma tutto cambia quando va al potere il partito ultranazionalista dei Giovani Turchi, che pianificano la soluzione totale al problema armeno: tutti gli uomini uccisi subito (compresi i bambini, "altrimenti poi si vendicheranno"); le donne deportate e poi comunque eliminate. La ferocia assassina dei militari non ha nessuna giustificazione ideologica, le regole di ogni civile convivenza perdono ogni valore, Caino uccide Abele senza alcun rimorso.

Nel film parole come genocidio, odio razziale, violenza, perdono la loro astrattezza e diventano sangue, dolore, morte.

L'episodio più atroce è quella della giovane madre che con l'aiuto di una compagna è costretta ad uccidere il proprio figlio appena nato solo perché maschio.

Uccidere un neonato è un gesto atroce, ma diventa ancora più mostruoso perché esprime la crudele volontà di negare ogni futuro a chi è diverso, è metafora di una società che si nutre di odio.



Le vicende narrate perdono quasi valore rispetto all'orrore e alla sofferenza che i registi riescono a trasmettere con le loro immagini, facendoci partecipi di un dramma non attraverso la ricostruzione storica ma attraverso le emozioni.

King of Convenience

di Adriano Fischer

Qualche anno fa mi fu regalato da un'amica un cd.

Non ricordo bene l'occasione sinceramente ma ricordo l'imbarazzo che copri volto e voce nel non conoscere quel gruppo e quel genere. Questo non perché sia un grossissimo conoscitore della musica, dei suoi generi ma per pura questione di orgoglio, preferisco non farmi trovare impreparato.

L'album era quello dei King of Convenience, un gruppo norvegese; esattamente proveniente da Bergen una città a nord della Norvegia. Il titolo dell'album era l'omonimo al nome del gruppo.. mi fu presentato come la rivelazione del XXI secolo, con sonorità delicate, soft quindi, e rigorosamente acustiche, guidate da voci rilassanti.

Ringraziati, scappai, mi chiusi in camera, misi il cd dentro il lettore.. play!

Due tipi cantavano; una copertina umile, color rosso vivo, ne pavoneggiava i nomi; erano Erlend Oye ed Eerik Colambek, entrambe voce e chitarra elettrica ed acustica.

La loro musica faceva ambiente, oltre che essere rilassante, era, o così la trovai, nuova ed innovativa. Le sonorità dei due di Bergen erano delicate, con fantasiose evoluzioni melodiche; le loro voci, il loro stile portava a spegnere le luci, accendere le candele, e pro-

fumare lo spazio di un incenso che stazionava nell'aria anche una volta terminato il brano.

Il loro stile è un indie-pop. Temine ancora oggi discusso. Se da un lato lo si fa originare dalla contrazione del termine inglese "indipendent", quale genere che non rientra nel grande circuito delle major, ovvero le quattro grandi compagnie discografiche (Emi, Warner, Universal, Sony); quindi proiettato verso un approccio libero e non commerciale, di marketing o comunque mainstreaming; dall'altro, tuttavia, il medesimo termine viene identificato come uno stile di musica alternativo o ancora il proprio genere musicale che ripercorre aspetti sonori tipici degli anni '80: si sentano a tal proposito, i "the killers", i "the strokes" i "Interpol", ed i "Bloc party".

I king of convenience fanno da breccia ad un nuovo modello di fare musica, uno stile nuovo ed innovativo.

Per adesso hanno firmato solo tre bellissimi album: il già citato "king of convenience" del 2000. "Quiets the new loud", e "Versus" entrambi del 2001. A questo si aggiunga il singolo, accompagnato da una stravagante video clip "i'd rather dance with you", grazie al quale nel 2004 vinsero gli "European mtv awards".

Un nuovo gruppo, un nuovo stile, una nuova finestra dalla quale affacciarsi!

Questa notte spegnerò la luce, accenderò diverse candele, colorerò l'ambiente di incenso e lascerò dondolare sulla porta un cartello sopra il quale scriverò: "non disturbare!".

Kings of Convenience

February 2007	February 2008	May 2008	Tickets
01. San Diego - Orange	12th. Atlanta	26th. Grand Prairie, North Fort	www.kingsofconvenience.com
02. Dallas, Dallas - Atlanta	13th. Memphis	27th. Dallas	www.kingsofconvenience.com
03. Fort Worth, Fort Worth - Houston	14th. St. Louis	28th. Dallas	www.kingsofconvenience.com
04. Tulsa, Tulsa - Atlanta, Atlanta	15th. Los Angeles	29th. Dallas	www.kingsofconvenience.com
05. Denver, Denver - San Jose	16th. San Jose	30th. Dallas	www.kingsofconvenience.com
06. Miami, Miami - Los Angeles	17th. San Jose	31st. Atlanta	www.kingsofconvenience.com
07. Los Angeles, Los Angeles - Los Angeles	18th. San Jose	01st. Atlanta	www.kingsofconvenience.com
08. Phoenix, Phoenix - San Jose	19th. San Jose	02nd. Atlanta	www.kingsofconvenience.com
09. Phoenix, Phoenix - San Jose	20th. San Jose	03rd. Atlanta	www.kingsofconvenience.com
10th. Phoenix, Phoenix - San Jose	21st. San Jose	04th. Atlanta	www.kingsofconvenience.com
11th. Phoenix, Phoenix - San Jose	22nd. San Jose	05th. Atlanta	www.kingsofconvenience.com
12th. Phoenix, Phoenix - San Jose	23rd. San Jose	06th. Atlanta	www.kingsofconvenience.com
13th. Phoenix, Phoenix - San Jose	24th. San Jose	07th. Atlanta	www.kingsofconvenience.com
14th. Phoenix, Phoenix - San Jose	25th. San Jose	08th. Atlanta	www.kingsofconvenience.com
15th. Phoenix, Phoenix - San Jose	26th. San Jose	09th. Atlanta	www.kingsofconvenience.com
16th. Phoenix, Phoenix - San Jose	27th. San Jose	10th. Atlanta	www.kingsofconvenience.com
17th. Phoenix, Phoenix - San Jose	28th. San Jose	11th. Atlanta	www.kingsofconvenience.com
18th. Phoenix, Phoenix - San Jose	29th. San Jose	12th. Atlanta	www.kingsofconvenience.com
19th. Phoenix, Phoenix - San Jose	30th. San Jose	13th. Atlanta	www.kingsofconvenience.com
20th. Phoenix, Phoenix - San Jose	31st. San Jose	14th. Atlanta	www.kingsofconvenience.com
21st. Phoenix, Phoenix - San Jose	01st. San Jose	15th. Atlanta	www.kingsofconvenience.com
22nd. Phoenix, Phoenix - San Jose	02nd. San Jose	16th. Atlanta	www.kingsofconvenience.com
23rd. Phoenix, Phoenix - San Jose	03rd. San Jose	17th. Atlanta	www.kingsofconvenience.com
24th. Phoenix, Phoenix - San Jose	04th. San Jose	18th. Atlanta	www.kingsofconvenience.com
25th. Phoenix, Phoenix - San Jose	05th. San Jose	19th. Atlanta	www.kingsofconvenience.com
26th. Phoenix, Phoenix - San Jose	06th. San Jose	20th. Atlanta	www.kingsofconvenience.com
27th. Phoenix, Phoenix - San Jose	07th. San Jose	21st. Atlanta	www.kingsofconvenience.com
28th. Phoenix, Phoenix - San Jose	08th. San Jose	22nd. Atlanta	www.kingsofconvenience.com
29th. Phoenix, Phoenix - San Jose	09th. San Jose	23rd. Atlanta	www.kingsofconvenience.com
30th. Phoenix, Phoenix - San Jose	10th. San Jose	24th. Atlanta	www.kingsofconvenience.com
31st. Phoenix, Phoenix - San Jose	11th. San Jose	25th. Atlanta	www.kingsofconvenience.com

Godot è arrivato?

Adriano Fischer uno dei nostri collaboratori ha scritto e pubblicato la sua opera prima dal titolo "Godot è arrivato?" che possiamo trovare nelle librerie a partire dal mese di Aprile. Un'autobiografia che vuole raccontare come una persona di trent'anni abbia passato una vita ad aspettare qualcosa o qualcuno senza mai agire. Credo che sia importante segnalare questa iniziativa, sperando di trovare una voce nuova in un panorama letterario nazionale non particolarmente ricco di nuovi autori. (a.g.)

Genere: Narrativa
Editore: AER -
Il Melograno
Collana: Gli Inediti

recensioni



di Giusi Germania

IL PICCOLO RE DEI FIORI

di Kveta Pakowska
 Nord-Sud, 2006 - € 16,00

"Il piccolo re di fiori", edito da "Nord-Sud" nel 2006, è un albo "datato" (già edito in passato da "C'era una volta"), che non ha mai perso nel tempo la sua validità e la sua modernità.

Riappare ora in libreria dopo una lunga assenza con una nuova veste grafica della copertina questo piccolo capolavoro di Kveta Pakowska, nome di grande spicco nel campo della grafica e dell'illustrazione, il cui tratto moderno e coloratissimo ha arricchito di arte moderna questo e vari altri testi per bambini. Il contrasto netto dei rossi, dei verdi, dei gialli tutti dai toni sempre decisi e squillanti, realizza tavole di allegra e sofisticata fattura capaci di regalare ai bambini emozioni cromatiche notevoli, abbinata, in questo albo illustrato, ad una delicatissima quanto semplice storia: il piccolo re di un piccolo regno ricco di tulipani colorati, si mette in cerca di una principessa tutta per sé che occupi il suo "cuore

vuoto e colmo di desiderio": cerca dunque per trovare poi la sua compagna proprio dentro uno dei tanti fiori del suo giardino, e così il re e la nuova regina dei fiori, trovano e vivono insieme una grande felicità.

Certamente un testo per bambini di particolare bellezza, di non comune valore artistico che, con sapiente maestria, abitua l'occhio vorace dei piccoli lettori ad una illustrazione di grande qualità, che è poi strada per "leggere" l'arte nelle sue mille sfaccettature e riconoscere le immagini giuste nell'immensa e non sempre valida produzione cui si è sottoposti. Bellissimo da leggere e da guardare anche per gli adulti che accompagnano la lettura dei loro piccoli, per soddisfare il bisogno di cose belle per il bambino che c'è sempre in tutti noi e che chiede di essere soddisfatto, ma soprattutto perché in noi vivono tutti i bambini a cui leggeremo, racconteremo e faremo amare questo albo.

Asma news

Dagli steps agli sheeps
seconda parte: agli sheeps

di Filippo Di Forti

Allinearsi alle linee guida o alienarsi da esse? Tormentone sottile ed invadente, che pervade le nostre solitudini ambulatoriali.

Tra paure, incertezze, riscontri, evidenze, dati, esperienze, un grido catulliano "odi et amo" si erge silenzioso da noi, agnelli sacrificali al tempio del sapere medico.

Ci eravamo lasciati con prospettive terapeutiche basate su ultimi scoop scientifici, ma al di là di esse, con ogni probabilità, la genetica in futuro ci aiuterà nelle terapie e qui cito GINA.

"La ricerca dei geni responsabili dello sviluppo di asma ha focalizzato,

nei nostri cromosomi quattro aree maggiori: aree di produzione di IgE specifiche, aree codificanti l'espressione di iperreattività bronchiale, aree responsabili della produzione di mediatori di flogosi, aree responsabili del determinismo della relazione tra Th1 e Th2 nella risposta immunologica".

Se solo fosse possibile, con un semplice esame del sangue, individuare in una di queste categorie il nostro paziente, già avremo fortissime indicazioni sulla terapia da prescrivere. Senza pensare alle futuribili terapie basate sull'ingegneria "GINETICA".

Dalle indicazioni più sofisticate della ricerca scientifica passiamo ad altre indicazioni, ma più naive, indicazioni ove la fantasia e la curiosità dei ricercatori, a fronte delle carenze economiche, possono essere stuzzicabili ed accattivanti, come per esempio la **farmacoterapia intranasale**.

Essa consiste nell'utilizzo di una sorgente di luce composta da 5% di UVB, 25% UVA, 70% di luce visibile "somministrata tre volte la

settimana, per tre settimane, con l'incremento costante di una dose iniziale di 1,7 J/cm². Questo studio ungherese dimostrava un aumento dell'IL10 e T cells CD4+, oltre ad un miglioramento di vari scores sintomatologici, rispetto al placebo.

Quasi la stessa storia era con l'utilizzo di **ozono**, in un poco noto studio anglo-macedone. I pazienti pollinosici dopo aver effettuato un lavaggio nasale basale ove venivano studiati determinanti markers infiammatori tra cui la ECP, la MPO, eosinofili et similia, venivano esposti per due ore ad un quantitativo predeterminato di ozono. Il confronto dei dati del lavaggio nasale prima e dopo era tutto in favore dell'ozono. (atti EAACI 2004).

Due anni prima, però, il Lancet pubblicava un articolo ove si affermava che l'ozono aumentava l'incidenza dell'asma, sol perché si riscontrava un aumento nelle zone ove la concentrazione di ozono era alta, trascurando la presenza di altri inquinanti di quelle zone, come p. es il biossido d'azoto.

Nell'emisfero australe invece, si sono utilizzati **filtri intranasali**, fatti con microsfere di latex, da una intuizione, datata 1876, di sir Charles Blakely (già immagino il suo dipinto austero e baffuto). I filtri venivano posti all'interno delle cavità nasali, pronti ad opporsi ai "cangureggianti" attacchi dei

pollini e pare vi siano stati risultati incoraggianti. Il problema era l'utilizzo dei medesimi, che passava dall'88 % di uso in situazioni "private", al 46 % durante le visite di amici e 33% durante una partita a golf, segnale della profonda vergogna che provavano coloro che si erano sottoposti allo studio, nelle varie situazioni della quotidianità della loro vita.

Nelle vicinanze, ovvero in Guinea, vi sono dei maiali asmatici che, durante le loro crisi respiratorie, perdono il **glutazione**, che pare abbia un effetto protettivo nel mantenimento della stabilità del tono delle vie aeree, in quanto antiossidante. Questo studio olando-belgo-statunitense ipotizza quindi un ruolo terapeutico del glutazione come antiasmatico.

Un altro studio teuto-iraniano ipotizza un benefico effetto terapeutico del **selenio** in bambini asmatici con dermatite atopica, paragonabile alla cetirizina.

Ovvia considerazione è come la scienza possa tralasciare le barriere politiche, piacevole

sorpresa di chi ha meglio da fare, che la solita noiosa guerra.

La **furosemide** per aerosol viene suggerita, per il trattamento della poliposi nasale, in uno studio italiano, con buoni risultati. Dal contrasto dell'assorbimento del sodio da parte della mucosa nasale, si ridurrebbe l'edema, che è alla base della patogenesi della poliposi. Tra poliposi nasale ed asma pare ci sia una correlazione elevata, ma non mi risultano studi, in tal senso, su una efficacia terapeutica nell'asma.

Trattare l'asma con **lidocaina per aerosol** è più che un'ipotesi targata USA, ove si ipotizza che possa essere un farmaco steroid-sparing. Su 50 asmatici adulti (un po' pochi però) a cui è stata somministrata lidocaina per aerosol per 4 settimane, si è visto il miglioramento FEV1, riduzione di risvegli notturni ed uso di Beta agonisti.

Nel tralasciare le barriere politiche ed evocando uno spirito di globalizzazione delle medesime, ecco riapparire le linee GINA, che a pag. 69 stigmatizzano come il **solcato di magnesio**, per via inalatoria addizionato al salbutamolo, "provides greater benefit than if it is delivered in normal saline (evidence A), ma allora!... perché non lo inserite negli steps??"

Se le regole a "steps" valgono per noi, è bene precisare che altre regole, simili ad esse, valgono per gli stessori degli steps stessi (sette "s" nelle ultime 3 parole!!).

Le regole, imposte dagli autori delle linee GINA, sono le famigerate regole della medicina basata sull'evidenza, ovvero le categorie di evidenza A, B, C, D., un po' come step uno, due, tre etc etc.

L'uomo, dall'inizio della sua esistenza, dalle religioni in poi, ha infelicitato la medesima con

regole, che ne hanno condizionato usi e costumi. Anche la scienza ha fatto così, fino a quando l'Einstein di turno non ha detto che fino ad allora si era scherzato.

Appare logico che a rigor di regole imposte, la lidocaina per aerosol così come la furosemide o la fototerapia intranasale non verranno mai citate, perché studi di evidenza A non ne esistono e non ne verranno mai fatti, per i motivi che tutti potremmo intuire, mentre ci troveremo sempre più a sentir parlare dell'ultimo cortisonico di grido o inibitore da urlo o broncodilatatore mozzafiato.

L'evidenza di ciò che si ricerca non è l'evidenza di tutto il ricercabile, così si cassa il probabile e/o il possibile con la famigerata espressione: "in atto non vi sono studi che dimostrano la reale efficacia del farmaco X".

E allora si verrà ipocritamente a dire che i costi dei farmaci sono elevati, che occorre adattare le linee guida alle realtà locali, agli usi, ai costumi e ai PIL dei popoli destinatari.

La fantasia, la piccola genialità, l'intuito formidabile, che spesso caratterizzava il medico di un tempo, oggi è diventato uno sprezzo del pericolo, una temerarietà incomprensibile, un gesto inconsulto, di cui ci si potrebbe pentire, perché non presente nei testi sacri e quindi impugnabile.

Ma che ne è, per esempio, del buon vecchio Lyspamin, che tutti usavamo indistintamente nella laringite, nel vomito e nella bronchite asmatiforme?

Ma se homo homini lupus, è anche vero che homo homini agnus.

Tutti siamo steps e tutti siamo sheeps, noi medici delle regole, noi medici vittime delle regole.

LO STUPIDIATRA

a cura di Fidifo

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

I soldi non bastano e oggi occorre avere una vis atletica per superare il fatidico 27. Dottore, le porto la fotocopia dell'ISEF, la ringrazio signora, ma al più con questo potrà aprirsi una palestra. In Francia i costi sono diversi, solo il presidente della repubblica non paga: dottore io l'Eliseo

quest'anno non ce l'ho. Comprare i farmaci, infatti, è proprio da stupidi e se hai la congiuntivite il "pollirio" è il rimedio più indicato, meglio se Amadori. Infatti è l'unico genuino, perché al bambino quando digerisce fa male l'orecchio. La tosse "complessiva" (convulsiva) è fastidiosa, solo l'aereosol può agire

ma richiede le alte quote ed aeroporti disponibili. Essendo raffreddato ho messo le gocce di argento vivo nel naso, perché il bambino è vivace e l'altro giorno gli ho messo in movimento il pisellino. Dottore il pisellino è rimasto piccolo, ma cosa dice signora è normale, non non è vero, è come quello di suo padre!!!

Possibilità e prospettive delle recenti metodiche di neuroimaging

di Angelo Milazzo

Il moderno neuroimaging permette di evidenziare non soltanto patologie, ma anche: stati d'animo, processi cognitivi, immaginazioni, emozioni. E' stata soprattutto la metodica denominata Risonanza Magnetica Funzionale (RMf), che si avvale di campi magnetici di almeno tre Tesla, che ha consentito lo studio delle aree cerebrali coinvolte nelle attività: sensoriali, motorie, somatosensoriali, cognitive.

La RMf, che dovrebbe entrare in dotazione anche della Azienda Policlinico di Catania, sfrutta la capacità di misurare l'aumento di flusso cerebrale nelle aree in attività (effetto BOLD), consentendo quindi di capire come funziona il cervello sia nelle situazioni di impegno più semplice (attività motoria, visione), che in quelle più complesse (linguaggio, memoria, pensiero astratto).

Quando i neuroni funzionano e sono attivi, il flusso ematico nella regione cerebrale in attività aumenta del 30-50%, mentre il consumo di ossigeno nella zona aumenta solo del 5%. Questo incremento risulta però sufficiente per essere rilevato con un aumento di segnale dell'immagine da questi recenti apparecchiature, che nei Centri più avanzati utilizzano già magneti di nove Tesla. E' di conseguenza ormai possibile comprendere come le diverse malattie compromettano determinate funzioni e come i farmaci o le tecniche di riabilitazione le ripristino. La RMf può essere associata a tecniche di Spettroscopia non invasiva, di Perfusion e di Diffusione. Nell'ambito di quest'ultima, la metodica di Fiber-tracking permette di riconoscere in vivo l'anatomia dei più importanti fasci della sostanza bianca che connettono le principali

aree del cervello e che permettono di rapportarsi con il mondo esterno.

Cercherò di fare una carrellata su alcune delle indagini più interessanti che hanno

riguardato lo studio di processi cognitivi e di patologie soprattutto nei bambini e negli adolescenti.

Ricerche su patologie

La schizofrenia può essere prevista con circa due anni e mezzo di anticipo, in soggetti ad alto rischio, mediante l'individuazione di cambiamenti nella struttura della materia grigia, soprattutto a livello del cosiddetto "giro inferiore temporale"

Danni cerebrali sono stati evidenziati in seguito a periodi prolungati di assunzione di "ecstasy" nelle aree deputate alla memorizzazione.

Danni nella connessione tra i due emisferi, soprattutto a livello del "corpo calloso", determinano incapacità nella comprensione del linguaggio.

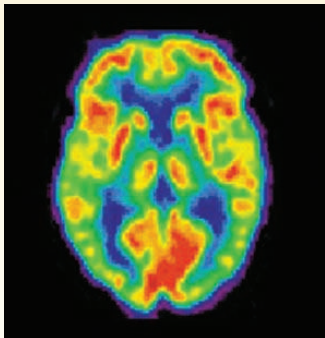
Possono essere rilevate lesioni in stati anche precocissimi di ictus.

E' stato rilevato almeno un "centro dell'appetito" che si attiva in condizioni normali in seguito al digiuno, ma che potrebbe rivelarsi come alterato in situazioni di anoressia o bulimia.

Negli autistici le aree che elaborano la percezione di altri volti umani non risultano ben collegati a quelle che controllano l'attenzione, come le regioni frontali e parietali.

Nei soggetti con disturbo post-traumatico si osserva una riduzione dell'attivazione dell'amigdala destra, un'area cerebrale importante nell'anticipazione, cioè nella modulazione e nella prevenzione del dolore. Gli stessi soggetti spesso dimostrano alterazioni nel "cingolato anteriore" ed anche a livello dell'"ippocampo", area cerebrale implicata nella codificazione dei ricordi.

Nelle nevrosi da conversione di freudiana memoria, la stimolazione delle aree interessate non riesce ad attivare le normali aree sensoriali, bensì aree differenti con funzionalità emozionali.



ed un corrispondente aumento a livello dell'amigdala. Vengono attivate pertanto aree deputate all'emozione, a discapito di aree responsabili dei processi cognitivi.

Anche i sentimenti di rabbia necessitano dell'integrità dell'amigdala che, tra l'altro, è quasi sempre più attiva nel sesso maschile. Più attivo nel sesso femminile risulta invece essere il "giro anteriore del cingolo", zona del cervello implicata nel sistema emozionale del panico e dell'ansia di separazione, legato ai comportamenti di accudimento e di socializzazione.

Alcune dipendenze, tra le quali soprattutto quella da fumo, sono collegate ad un'aumentata funzione di quella zona alla base del cervello denominata insula.

La corteccia prefrontale destra dimostra un aumento di attività proporzionale all'entità di uno stress acuto.

Indagini su processi cognitivi

Le risate suscitano l'attivazione della corteccia premotoria che controlla i muscoli del viso ed inducono imitazione nell'ambito di un gruppo sociale omogeneo, avviata dai "neuroni specchio"

Esistono aree cerebrali deputate ai "consigli per gli acquisti", che valutano la convenienza economica delle nostre azioni.

Le aree cerebrali coinvolte negli stati di buonumore permettono di essere più creativi. Però i soggetti introversi dimostrano maggiori capacità di memorizzazione e maggiori capacità nella realizzazione di compiti esecutivi.

Quando un soggetto mente, si attivano aree cerebrali più numerose, rispetto a quando dice la verità. Nel Nord America sono già in atto utilizzazioni del tipo "macchina della verità".

Durante il sonno, i processi di memorizzazione vengono spostati in altre regioni cerebrali, più efficaci nell'immagazzinarli.

Si possono rilevare attività differenti nel corso di calcolo, dimostrando persino zone specializzate nelle addizioni, ed altre nelle sottrazioni. I bambini sotto l'anno d'età non sono capaci di contare, ma riescono già a distinguere perfettamente categorie diverse di oggetti.

La tendenza all'altruismo di una persona sembra essere legata all'attività del "solco temporale superiore posteriore"

La corteccia premotoria laterale sinistra ed una parte del cervelletto vengono attivate quando immaginiamo un evento futuro che ci riguarda in prima persona, in quanto ci prefiguriamo luoghi ed azioni.

Pediatri tra le stelle

Ariete: attenzione, quest'anno non potrete andare in ferie, pertanto comunicatelo al vostro sostituto se non volete pagarlo inutilmente.

Toro: il saldo e acconto IRPEF di quest'anno vi consentiranno di comprarvi solo un costume da bagno, si consiglia l'acquisto con i saldi, per accontentare anche vostra figlia.

Gemelli: sono andati perduti i vostri ECM del 2001, ma da un accurato passaparola individuerete un luogo ove vengono taroccati accuratamente.

Cancro: il congresso di giugno a cui siete stato invitato è stato annullato, dopo qualche mese vi accorgete che è stato un provvedimento "ad personam".

Leone: per tre mesi non vi accrediteranno lo stipendio perchè l'impiegato di banca è invidioso dei vostri guadagni.

Vergine: un'adolescente vi confiderà problemi intimi a cui chiaramente non saprete rispondere.

Bilancia: una mamma si innamorerà, di voi la segretaria se ne accorgerà e dirà tutto al marito e a vostra moglie, ecco!

Scorpione: il medico di guardia medica che "saccentemente" visita a pagamento a vostra insaputa i vostri pazienti è anche un odontoiatra abusivo....state attenti!!

Sagittario: leggerete gli esami trascritti da voi dietro ricatto, ma già sottolineati e con l'indicazione a matita degli altri da fare coercitivamente.

Capricorno: l'ospedaliere che sputtana le vostre diagnosi ha imputato a voi un suo palese errore, e vi imporrà un ulteriore Day Hospital.

Acquario: un ultraquattordicenne, di cui non ricevete nessuna quota, si ammalerà gravemente, i genitori vi daranno la colpa e vi revocheranno!!

Pesce: finalmente è arrivato un nuovo nato, ma era stato ricusato dal pediatra più bravo di voi, che opera nella zona contigua, perchè la mamma "rompeva".



Pillole di... endocrinologia

SISTEMA ENDOCANNABINOIDE: un'altra tessera del mosaico "omeostasi energetica e controllo dell'apporto alimentare"

di Francesco Privitera

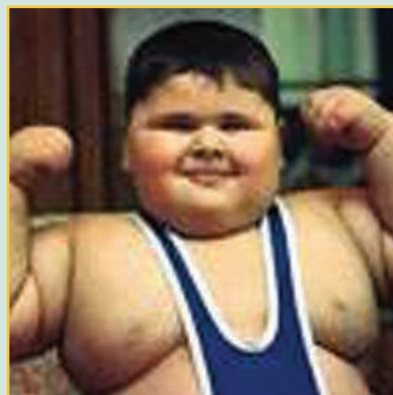
La scoperta della leptina, della quale si è già detto in un precedente articolo, ha messo in luce come l'omeostasi energetica ed il controllo dell'apporto alimentare vengano regolati da una complessa rete molecolare lunga ancora dall'essere decifrata. Questa rete prevede l'intervento del sistema nervoso centrale sia come integratore di segnali provenienti dalla periferia, sia come effetto di segnali in grado di apportare variazioni nel controllo alimentare e nella spesa energetica.

A livello centrale varie zone cerebrali sono coinvolte nella elaborazione del segnale da inviare in periferia tramite neurotrasmettitori, mentre in periferia a livello di organi bersaglio (app. gastro-intestinale, fegato, tessuto adiposo e muscolare) un sempre maggior numero di peptidi sembra essere prodotto e rilasciato in circolo in risposta agli stimoli alimentari al fine di mandare segnali al cervello sullo stato di nutrizione come percepi-

to in periferia stessa. Tra gli attori di tale comunicazione centro-periferia il "SISTEMA ENDOCANNABINOIDE" si è messo in evidenza per la capacità inusuale di agire a entrambi i livelli, cioè sia centralmente che in periferia.

Anticamente la "Cannabis Sativa" veniva proposta per vari usi terapeutici, fra i quali quello di stimolare l'appetito. Per tanto tempo è stato studiato il $\Delta 9$ -tetraidrocannabinolo che è un componente psicoattivo e oressizzante della cannabis sativa. Solo decenni dopo si è arrivati alla clonazione di due tipi di recettori: il tipo 1 o CB1 ed il tipo 2 o CB2. Il CB1 risulta maggiormente espresso a livello cerebrale (ippocampo, gangli della base, corteccia, cervelletto, strutture libiche ed ipotalamo), mentre il CB2 è invece maggiormente presente nel sistema immunitario.

Dopo i recettori vennero identificati e sintetizzati composti endogeni capaci di legare questi recettori e vennero chiamati "endocannabinoidi": i più importanti sono la "anandamide" ed il "2-arachidonil-glicerolo".



Pertanto la presenza di un complesso recettoriale e di sostanze ligandi endogene ha permesso di proporre l'esistenza del cosiddetto sistema endocannabinoide.

Questi cannabinoidi endogeni non vengono prodotti e immagazzinati nelle cellule, ma vengono prodotti a richiesta e subito dopo metabolizzati rapidamente. Il sistema endocannabinoide interviene in molte funzioni: stimolazione del senso di fame, modulazione del dolore, dell'apprendimento e del movimento, della secrezione ormonale, del sistema immunitario e della risposta antinfiammatoria.

Gli endocannabinoidi inoltre sembrano avere capacità neuroprotettive ed antiproliferative.

Molti studi sono stati fatti per capire i meccanismi d'azione dei cannabinoidi

sull'appetito e sintetizzando possiamo concludere che gli endocannabinoidi ed i loro recettori potrebbero essere modulati nelle regioni mesolimbiche- interagendo col sistema dopaminergico-rispettivamente da condizioni di digiuno e di nutrizione, e potrebbero svolgere un ruolo di stimolo nella ricerca di cibi particolarmente appetitosi, costituiti da zuccheri e grassi.

Il controllo del senso di fame e sazietà è però principalmente a carico di strutture ipotalamiche ed è stato descritto quando si è parlato delle leptina. La recente dimostrazione di recettori CB1 e la produzione nelle stesse aree cerebrali di endocannabinoidi, sono importanti conferme del ruolo modulatore del sistema endocannabinoide nei meccanismi di controllo dell'introduzione dei cibi e pertanto permettono di inserire a pieno titolo il sistema endocannabinoide nella rete neuro-ipotalamica che so-

vrintende al comportamento alimentare.

Si è visto infatti che l'innalzamento dei livelli ematici di leptina fa diminuire i livelli ipotalamici di endocannabinoidi e viceversa. Tali riscontri sembrano indicare che l'obesità si possa associare ad una iperattivazione del sistema endocannabinoide.

Da ciò si stanno studiando sostanze in grado di inibire il recettore CB1: il più importante è il "rimonabant", che in colture di adipociti ha prodotto un aumento dell'adiponectina che come sappiamo è in grado di indurre l'ossidazione degli ac. grassi liberi, il miglioramento dell'iperlipidemia, la riduzione dell'iperinsulinemia e promuovere la reversibilità dell'insulino-resistenza in animali obesi e diabetici.

Dai primi risultati sull'uomo il rimonabant sembra essere efficace nel



ridurre il peso corporeo negli obesi e nel migliorare le alterazioni metaboliche associate, oltre a prevenire l'aumento di peso indotto dall'astensione del fumo di sigaretta (i centri mesolimbici sono i medesimi che controllano la dipendenza dalla nicotina) con effetti collaterali di lieve entità (lievi disturbi gastrointestinali ed un aumento dell'ansia).

Pertanto se gli studi confermeranno tali dati, in un prossimo futuro gli antagonisti degli endocannabinoidi potranno aiutarci a contrastare il male epidemiologico del secolo e cioè l'obesità e le sue importanti complicanze metaboliche e vascolari.

Tutti pronti per le vacanze !
Opodo ti fa viaggiare in tutto il mondo alle migliori tariffe: su www.opodo.it puoi scegliere fra 500 compagnie aeree, oltre 70.000 hotel e più di 7.000 autonoleggi in tutto il mondo.
Con Opodo prenota , volo + hotel , vacanze , case vacanza, crociere.
Con Opodo puoi trovare: biglietti aerei, voli economici, offerte speciali voli, voli a basso costo per le più importanti destinazioni in Italia e nel mondo: voli Milano, voli Roma, voli New York, voli Barcellona, voli Londra, voli Madrid, voli Berlino, voli Lisbona, voli Bangkok, voli Parigi, voli Praga.

Forse “il Generico” è troppo... generico?

Già da qualche tempo nel Nostro Paese le finanziarie non mancano mai di indicare la spesa sanitaria come “incontrollabile” e si incaricano, anche più volte l’anno, di controllare soprattutto quella farmaceutica.

Le soluzioni sono sotto gli occhi di tutti: farmaci generici (o suona meglio “equivalenti”), sconti imposti al farmacista, supermarket con farmacie (tipo prendi 10 paghi 3). Anche noi medici siamo nel mirino in quanto “induttori di spesa”. E poi si sa “il turismo” è il nostro hobby preferito. Quindi da ora il farmacista “dovrà” proporre il farmaco “equivalente” nel caso in cui esista. Diversamente paga l’assistito che si ricorderà di certo che il dottore è stato troppo “distratto” nella prescrizione.

Da oltre un quinquennio, quindi, la nostra categoria si è avvicinata all’uso del farmaco alternativo a più basso costo e qualcuno si aspettava pure di incontrare qualche collaboratore scientifico in più durante la giornata di ambulatorio. Ahimè, però, solo uno o due soltanto si sono visti!! E per poco tempo. E per saperne di più? C’è il prontuario e ci sono i corsi ECM!!!

Lentamente e faticosamente abbiamo imparato a conoscere qualche nome nuovo andando a cercare, (ormai senza alcun pudore con l’assistito) tra computer e prontuari di che cosa si tratta e se lo stesso corrispondeva alla nostra spedisca prescrizione.

L’autorizzazione all’immissione in commercio (AIC) del Ministero della Sanità prevede e garantisce che non sussistano differenze circa i requisiti di qualità, efficacia e sicurezza tra specialità medicinali ed altri farmaci preconfezionati di origine industriale, tra cui i cosiddetti “farmaci generici”. Entrambi i tipi di medicinali sono sottoposti a verifiche e controlli di qualità, sia preliminarmente che successivamente all’AIC, sulla base della medesima disciplina.

Lentamente e progressivamente, però, ci accorgiamo che forse la “compliance” non è la stessa del farmaco “di riferimento”, che il gusto è diverso, che la confezione lascia a desiderare, che la polvere è più compatta o più aderente al contenitore, che il contenitore non è di vetro colorato, e infine, forse, che la rapidità d’azione non è confrontabile, che l’effetto sui sintomi o sulla malattia lascia a desiderare.

[tp://www.ipocm.ministerosalute.it/imgs/](http://www.ipocm.ministerosalute.it/imgs/)

[C_17_publicazioni_318_allegato.pdf](#)

Ma saranno solo impressioni, suavia!! O forse no?

Meglio indagare!... viaggiando su Internet.

Ed eccomi davanti alla **sentenza del TAR del Lazio R.G. 3145/02** sul ricorso n. 3145/02, presentato da una industria farmaceutica riguardo il significato della copertura brevettuale dei farmaci ai fini dell’art. 7, c. 1 del DL 347/2001.

Non voglio di certo entrare nel merito di una “vexata quaestio” ma voglio metterVi a parte di alcune affermazioni della sentenza che potrebbero spiegare certe “strane cose” e forse certi insuccessi! Ecco a Voi alcuni passi della sentenza che potrete trovare per intero al sito:

http://www.agenziafarmaco.it/aifa/servlet/wscs_render_attachment_by_id/tipo_file.pdf?id=111.272036.1141640432198&language=IT&lenient=false

Premessi

“...i LEA (livelli essenziali di assistenza n.d.r.) in base a cinque principi essenziali: 1) – dignità della persona umana; 2) – bisogno di salute; 3) – equità nell’accesso all’assistenza sanitaria; 4) – qualità ed appropriatezza delle cure, con riguardo alle specifiche esigenze; 5) – economicità nell’impiego delle risorse.”

Si ribadisce, Vi prego di notare, al n° 4 “qualità ed appropriatezza delle cure”:

“...Per altro verso, il farmaco generico è un medicinale d’impiego medico ben noto, di riconosciuta efficacia e con un livello accettabile di sicurezza e, com’è noto, è autorizzato con procedura semplificata in virtù di un dossier solo bibliografico (ossia sulla scorta di studi clinici tratti dalla letteratura scientifica in materia), onde esso, per definizione, è fungibile con tutti gli altri farmaci che si basano sul suo stesso principio attivo e che hanno la medesima efficacia terapeutica.

Sbaglio o si evince che nessuno studio clinico viene richiesto a proposito della preparazione del principio attivo da parte del produttore ovvero della qualità dei processi di produzione o di confezionamento dello stesso?

Ma andiamo avanti. Infatti...

“... giova rammentare che, normalmente, esistono sistemi alternativi per produrre, allo stato della tecnica, uno stesso principio attivo”....

“...Pertanto, non v’è possibilità di discriminare cavillosamente le eventuali minime differenze tra i farmaci, le quali, pur potendo dar luogo a diverse indicazioni terapeutiche aggiuntive, (sic?) non comportano apprezzabili diminuzioni dell’intensità e della durata dell’intervento terapeutico”.

“...Sulla scorta di tutte queste indicazioni, si deve respingere pure la doglianza con cui si lamenta l’erronea applicazione dell’art. 7, c. 1 del DL 347/2001 (http://www.italgiure.giustizia.it/nir/lexs/2001/lexs_377551.html) ai farmaci in questione”. (riguardo il significato della copertura brevettuale)

“I brevetti che li coprono riguardano non il principio attivo, bensì le modalità di preparazione e di somministrazione, le quali, però, sono di per sé irrilevanti se non v’è una seria ed inoppugnabile dimostrazione sull’irriducibile differenza in ordine alla durata ed all’efficacia dell’intervento terapeutico.”

E chi la dovrebbe dimostrare?

...forse i pazienti e gli studi clinici dei medici di base?!!!! A Voi l’ardua sentenza!



INCONTRI PAIDOS 2007

Paídos INFORMA

21 Aprile:

Diagnosi dell’asma nel bambino secondo EBM
S. Miceli Sopo, F. Di Forti, A. Fischer

N° 4 crediti ECM

19 Maggio:

Problem solving in pediatria
G. Bartolozzi, A. Fischer, R. Falsaperla, F. De Luca

N° 6 crediti ECM

27 Ottobre:

Percorsi diagnostici-terapeutici nel bambino con patologie epatiche
G. Maggiore, M. Massimetti

In fase di accreditamento ECM

17 Novembre:

Percorsi diagnostici-terapeutici nel bambino con patologie renali
P. Ferrara, R. Agostiniani

In fase di accreditamento ECM

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

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

