

note di cultura per il pediatra

Paidòs



Anno 13 N.4 Ottobre - Dicembre 2012
www.paidosct.com

Francesco Privitera
"Endocrine disrupters"



Andrea Vania
"Non solo dieta"



Pediatria essenziale

di Antonino Gulino

Trentatré anni fa vedeva la luce la prima edizione di "Pediatria essenziale", un testo di pediatria per studenti della facoltà di medicina di uno dei maestri di questa disciplina, il professore Roberto Burgio. Ricordo che il professore Giuseppe Russo, grande pediatra e grande docente della nostra Università, caldeggiò vivamente l'uso di questo manuale per prepararci al meglio agli esami di clinica pediatrica. Io come tanti colleghi mi affrettai a comprarlo, ci tenevo a fare un buon esame, tenuto conto che ero già interno in clinica pediatrica e speravo di accedere alla specializzazione dopo la laurea. Il primo impatto non fu piacevolissimo, il libro era piuttosto corposo, molti colleghi avevano studiato la materia su un manuale che al confronto somigliava ad un "bignami", ma mosso più dal dovere che dalla passione iniziai il mio studio.

Nonostante la mia scarsa esperienza mi resi subito conto che il testo rappresentava qualcosa di fortemente innovativo: la divisione degli argomenti per età, le caratteristiche specifiche del pretermine, del neonato, del bambino e dell'adolescente sano e malato, l'attenzione all'approccio al bambino in quanto tale e non oggetto di un freddo studio medico, l'apertura alle problematiche psicologiche dell'adolescente ma anche alle specifiche esigenze assistenziali dei bambini con malattie croniche e portatori di handicap, rappresentavano una vera rivoluzione didattica.

Un manuale per studenti ma che percorreva un cammino, che immaginava una medicina pensata solo per il bambino, il primo strumento per una pediatria di famiglia che in quegli anni nasceva.

Oggi abbiamo il piacere di presentare in questo numero la quinta edizione di questo testo: "nessuno nasce per propria volontà e quindi siamo tutti impegnati a far vivere bene chi nasce" ci ricorda il professore Burgio nella prefazione e credo che sia questo al di là di ogni aggiornamento scientifico il messaggio fondamentale che deve guidare il nostro agire.

Il rispetto per il bambino, il dovere di offrire il massimo a chi non chiede nulla, se non di crescere bene, deve spingerci ad essere pienamente "avvocati dei bambini", ripudiando ogni artificioso ricatto economico che sta impoverendo non solo la ricerca in pediatria, trascurata dalle istituzioni e dalle multinazionali del farmaco, ma anche la stessa assistenza pediatrica, governata da tanti manager sanitari più o meno politicizzati, che ne colgono più i pesi economici che i benefici sociali.

La pediatria è branca "essenziale" per la nostra società e non certamente specialità figlia di un dio minore.

SOMMARIO

- 3 Editoriale
- 4 Rischio ADHA se la mamma telefona troppo...
- 6 Pillole di... endocrinologia e ambiente
- 8 Gestire l'ematuria
- 10 Lo screening audiologico neonatale
- 11 Pediatria essenziale
- 12 Intervista ad Andrea Vania
- 16 La stimolazione basale
- 18 Di uomini e meduse
- 20 Flash su cervello e psiche
- 22 News dalla rete

RUBRICHE

- 14 Un pediatra al cinema
- 14 Recensioni
- 15 Digiamocelo

Copertina
(foto F.Privitera)

Paidòs



Francesco Privitera
"Endocrine disruptors"



Andrea Vania
"Non solo dieta"

Rivista Paidòs

Direttore responsabile
Giuseppe Musumeci

Direttore
Antonino Gulino

Vicedirettore
Loredana Caltabiano

Comitato Scientifico
Alberto Fischer
Francesco De Luca
Raffaele Falsaperla

Responsabile di redazione
Francesco Privitera

Comitato di redazione
Maria Libranti
Vito Marletta
Giuseppe Mazzola
Angelo Milazzo
Calogera Ognibene
Maria Rutella

Collaboratori

Giusy Geremia
Sergio Mangiameli
Dora Messina
Alessandro Gulino

C.D. Associazione Culturale Paidos



Alberto Fischer
Loredana Caltabiano
Antonino Gulino
Maria Libranti
Vito Marletta
Giuseppe Mazzola
Francesco Privitera

Segreteria e Grafica

Marilisa Fiorino
Tel 347 7792521
Fax 095 7571514
segreteria@paidos@libero.it

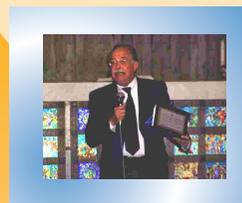
Stampa

PPT Poligrafica Piano Tavola s.r.l.
Tel. 095 391391 - Fax 095 391335
Via Rinaudo, 26/28
Piano Tavola-Belpasso (CT)

Questo periodico è distribuito gratuitamente ai pediatri

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

Si fanno sempre più frequenti le segnalazioni dei pericoli attribuibili all'incremento delle radiofrequenze, le quali possono contribuire alla patogenesi non solo di disturbi fisici, ma anche di disturbi comportamentali del bambino, quale l'ADHD. Un lavoro pubblicato nel marzo 2012 da studiosi dell'Università di New Haven (*Fetal radiofrequency radiation exposure from 800-1200 Mhz-Rated cellular telephones affects neurodevelopment and behavior in mice*), inserisce un altro tassello nella comprensione di alcuni disturbi comportamentali.

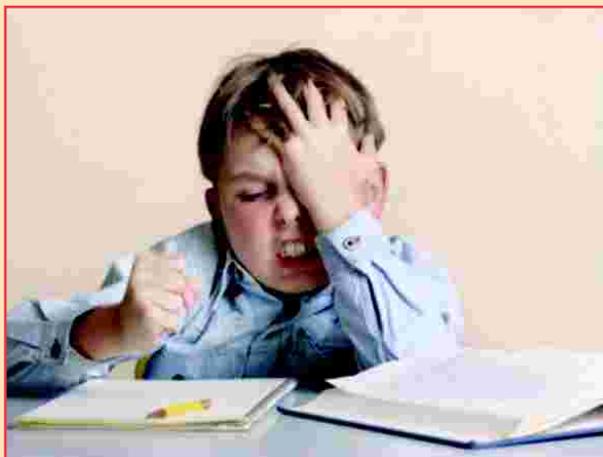


Rischio ADHD se la mamma telefona troppo...

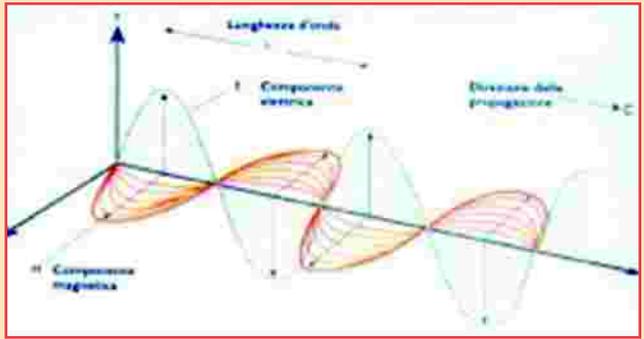
di Alberto Fischer

Si calcola che l'incidenza dell'ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) tra i bambini e gli adolescenti sia del 3-7%. La diagnosi non è semplice ed i rischi di sovrastima, considerando la naturale irrequietezza dei bambini, sono elevati. Tuttavia la definizione diagnostica è importante sia da un punto di vista terapeutico (necessità in alcuni ristretti casi di terapia farmacologica), sia da un punto di vista prognostico perché a tale patologie sono correlati disturbi di apprendimento e alterazioni comportamentali che possono arrivare anche ad atteggiamenti delinquenziali, o patologie in comorbidità. I problemi comportamentali nell'ADHD non hanno trovato alcuna spiegazione genetica, almeno nelle forme non correlate ad altre patologie, ma numerosi studi hanno evidenziato alcune alterazioni neuropatologiche a livello della corteccia prefrontale, con riduzione del

suo volume, asimmetria o riduzione della sostanza grigia e della bianca. Tra i fattori di rischio studiati e correlati alla malattia è la familiarità per turbe psichiatriche, lo stato socioeconomico, il sesso, e durante la gravidanza, l'esposizione al fumo o a tossici ambientali. Divan nel 2008 (*Epidemiology*, 19,523) aveva prospettato la possibilità che sovraesposizioni a telefoni cellulari durante la gravidanza fossero causa di disturbi comportamentali nel bambino. Il gruppo del New Haven ha valutato



con uno studio su topine gravide – sottoposte a 800-1900 Mhz - l'influenza sui comportamenti nella figliolanza, tenendo in considerazione che il rapporto di assorbimento dei tessuti alle radiazioni magnetiche (SAR) ha un limite di 2,0 W/kg in Europa e di 1,6 W/kg in USA.



Lo studio caso-controllo mirava a valutare gli indici di riduzione mnemonica e l'accentuazione dello stato di iperattività/ansietà nei topini. Nel primo caso i topini venivano sottoposti per giorni, e parecchie volte al giorno, ad oggetti standard e veniva misurata la differenza esistente con i controlli nel riconoscimento dell'oggetto.

Per la misurazione invece dello stato di ansietà si faceva uso di una doppia camera, una luminosa ed una scura, attraverso le quali si muovevano i topini, considerando la particolare sensibilità che questi hanno verso la eccessiva luminosità. L'intensità e la frequenza dei passaggi veniva utilizzata come indicatore dello stato di ansietà che la luce procurava.

Gli autori concludono che lo studio dimostra come il feto, esposto massivamente a radiofrequenze di 800-1900 Mhz-rated da telefoni cellulari, può sviluppare alterazioni neurofisiologiche che possono persistere nell'adulto. Ciò potrebbe esser correlato a quanto

è stato osservato successivamente e cioè ad un danno della trasmissione glutamatergica a livello delle sinapsi nelle cellule piramidali dell'area prefrontale. Durante la neurogenesi infatti, il cervello è molto sensibile a numerosi insulti ambientali come le sostanze ionizzanti, il tabacco, farmaci e stress. Gli effetti di queste fattori sono dipendenti dalla dose e dal tempo di esposizione, come è già da tempo codificato per il fumo della madre in gravidanza. Lo stress ossidativo che tali situazioni ambientali determinano, favorisce le alterazioni cellulari in un momento particolarmente delicato della neurogenesi. Gli autori sono tuttavia concordi nell'affermare la difficoltà di estendere all'uomo le rilevanze dello studio, anche se le frequenze radiomagnetiche possono essere considerate tra gli inquinanti ambientali e concorrere a tutta una serie di patologie da cui non è escludibile anche quella legata ai disturbi comportamentali.





Pillole di... endocrinologia e ambiente

“ENDOCRINE DISRUPTERS” un problema endocrinologico - ambientale sempre crescente.



di Francesco Privitera
*Commissione Nazionale
Bambino e Ambiente -SIP*

Gli “endocrine disrupters” o meglio “interferenti” o “distruttori endocrini” (“modulatori endocrini” – EUSAT 2010 – Linz), sono delle sostanze chimiche esogene (naturali e di sintesi) o miscele di esse che alterano il sistema endocrino con vari meccanismi causando effetti avversi sulla salute di un organismo o alla progenie o ad una (sotto) popolazione. Dagli anni 90’ ad oggi l’interesse di ricerca a livello internazionale è cresciuto a tal punto da diventare una priorità in termini di salute pubblica.

Gli Interferenti Endocrini (IE) sono sostanze chimiche tra le più svariate che nonostante abbiano struttura molecolare diversa interferiscono col sistema endocrino in vari modi: **a)** simulando l’azione di un ormone naturale ma in modo eccessivo o in tempi sbagliati (effetto agonista); **b)** legandosi esse ai recettori ormonali e impedendo le normali funzionalità ormo-

nali (effetto antagonista); **c)** interferendo sulla sintesi, sull’escrezione, sul trasporto e sul metabolismo degli ormoni naturali.

Gli effetti finora dimostrati mediante studi in vivo ed in vitro sono: **1)** compromissione delle capacità riproduttive; **2)** presenza di difetti morfologico-funzionali alla nascita; **3)** sviluppo di tumori; **4)** alcune alterazioni del sistema immunitario ed effetti neuropsichici (disturbi da deficit dell’attenzione, difficoltà cognitive e di apprendimento). La riproduzione e lo sviluppo pre e post natale sono le fasi più sensibili agli effetti degli IE. L’esposizione dell’uomo agli interferenti endocrini avviene attraverso diverse vie. La fonte principale è rappresentata dagli alimenti. Solo in piccola parte contribuirebbero il consumo di acqua potabile, la respirazione e il contatto.

Le ricerche hanno portato a degli assunti essenziali: **a)** bastano livelli di esposizioni non molto alti per causare profondi e significativi effetti negli esperimenti di laboratorio; **b)** gli IE

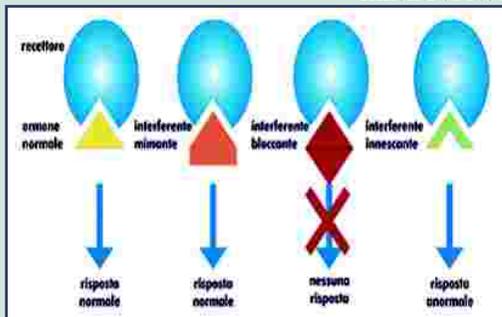
sono un gruppo di contaminanti persistenti e bioaccumulanti, prevalentemente lipofili, che si ritrovano all’interno di numerose classi di sostanze chimi-

che, dei quali fino a poco tempo fa si ignoravano gli effetti sul sistema endocrino; **c)** l’esposizione dell’uomo a queste sostanze è ubiquitaria; **d)** tutti i sistemi ormonali sono sensibili agli IE; **e)** l’esposizione in utero ha un grosso impatto sullo sviluppo e sul programming provocando risultati visibili alla nascita o tardivamente in età adulta (il tempo di latenza tra esposizione ed effetti sulla salute può essere lungo).

Occorre inoltre non trascurare altri aspetti come ad esempio possibili interazioni di miscele di IE simultaneamente ingeriti.

Si sono tentate varie classificazioni di tali sostanze, ma essendo numerose e svariate è sempre difficile farle. Comunque possiamo distinguere 4 gruppi principali di IE:

BIOACCUMULO: quando l’assunzione di un contaminante da parte di un organismo eccede le capacità di quest’ultimo di metabolizzare o eliminare la sostanza, l’agente chimico si accumula nei tessuti dell’organismo. Il bioaccumulo delle sostanze tossiche può avvenire o direttamente dall’ambiente in cui l’organismo vive o attraverso l’ingestione lungo le catene trofiche oppure in entrambi i modi: nel primo caso il fenomeno viene definito *bioconcentrazione*, nel secondo caso *biomagnificazione*.



1) CONTAMINANTI ORGANICI PERSISTENTI (POPs - Persistent Organic Pollutants):

Gli effetti registrati sono: maggiore incidenza di endometriosi, alterazioni dei livelli degli ormoni tiroidei; i PCB sono antagonisti per il recettore glucocorticoide; effetti antiandrogenici.

- DDT - DicloroDifenilTricloroetano e metaboliti;
- PCB - PoliCloroBifenili: lubrificanti, refrigeranti industriali, carburanti;
- PCDF - PoliCloroDibenzoFurani;
- PCDD - Diossine.

2) SOSTANZE INDUSTRIALI:

- FTALATI
- ALCHILFENOLI (bisfenolo-A) *utilizzato nella produzione di policarbonati e di resine epossidiche che hanno numerosi usi come materiale a contatto con gli alimenti e le bevande: biberon, contenitori di plastica, rivestimento interno delle lattine e delle scatolette, rivestimento dei tappi di bottiglie e vasetti di vetro, tubature e serbatoi per l'acqua potabile, contenitori per lo stoccaggio del vino. Inoltre è presente nella composizione di alcuni sigillanti dentali;*
- METALLI PESANTI (Cd, As, Pb, Hg, Mn).

3) PESTICIDI, FITOFARMACI, ANTIPARASSITARI:

- MANCOBEZ;
- BIOCIDI (stannorganici).

4) FITOESTROGENI:

- ISOFLAVONI (Genisteina);
- LIGNANI
- CUMESTANI;
- MICOTOSSINE (Zearalenone - *presente in granella di mais e altri cereali*).

Una nuova serie di composti sono fortemente indicati per essere IE:

PFO (PerFluorinated Compounds).

Ampiamente utilizzati a partire dagli anni '50 come emulsionanti in prodotti per la pulizia di tappeti, pelli, tessuti, tappezzerie, pavimenti e come componenti nei fitofarmaci. Altri impieghi sono nella produzione di contenitori di uso alimentare, pellicole foto-grafiche, prodotti per la cura personale e schiume antincendio. In particolare, il PFOA è utilizzato per produrre poli-tetrafluoroetilene (PTFE), o Teflon®, del quale sono note le proprietà anti-aderenti e l'inerzia chimica, ed il Gore-Tex®, materiale resistente, impermeabile, traspirante e biocompatibile, impiegato nella realizzazione di abbigliamento tecnico-sportivo e di articoli medico sanitari anche in ambito chirurgico.

Conclusioni

Dopo più di un ventennio di studi sugli

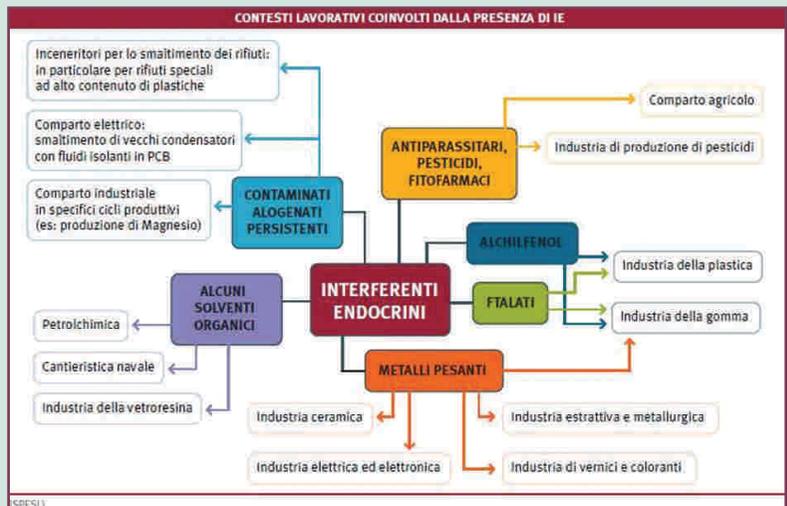
interferenti endocrini, il dibattito nella comunità scientifica è ancora aperto. Molte evidenze scientifiche si scontrano con risultati recenti contraddittori.

E' importante mantenere alta l'attenzione sull'argomento moltiplicando e approfondendo gli studi per avere nozioni più certe al punto tale da far cambiare all'uomo gli stili di vita e modificare o sostituire nel-l'uso co-mune i prodotti incriminati come tossici per la salute. L'ecotossicologia e la tossicologia

sono due lati di uno stesso problema.

A testimonianza dell'importanza dell'argomento,

il ministero per l'ambiente ha emanato recentemente un decalogo per l'infanzia atto a far conoscere e prevenire gli effetti degli endocrine disrupters scaricabile digitando <http://goo.gl/8xq8T>.

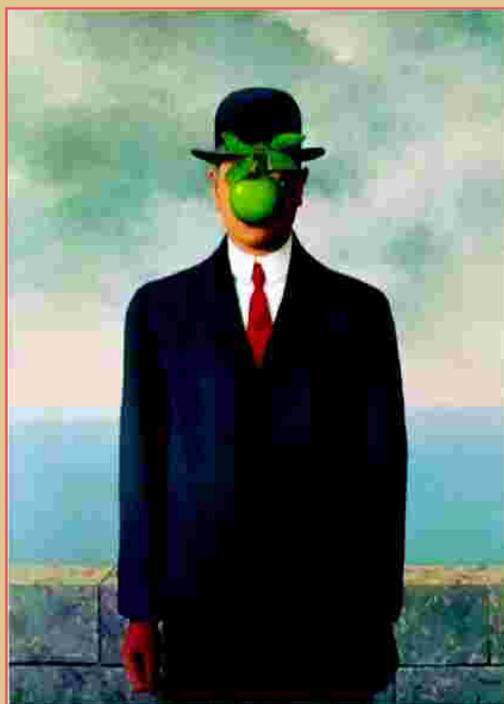


Gestire l'ematuria

di Alberto Fischer

L'improvvisa comparsa di ematuria in un bambino mette in crisi la famiglia, ma spesso anche il pediatra che, esclusi gli aspetti di emergenza richiedenti il ricovero, si trova a gestire il problema e ha rispondere ai quesiti che non hanno soluzione se non attraverso una gestione appropriata del problema.

Una macroematuria improvvisa costituisce un campanello di allarme circa la funzionalità del rene e la valutazione iniziale



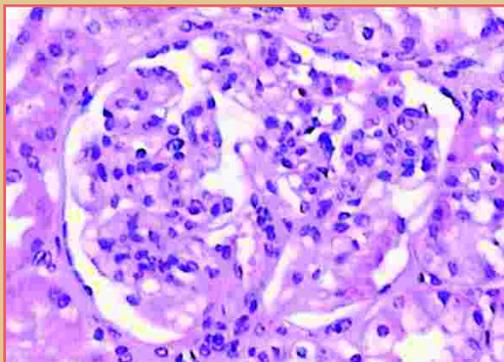
deve proprio concentrarsi su questo organo. La risposta ad alcuni quesiti può indicare la procedura iniziale da seguire. L'ematuria si può accompagnare a contrazione della diuresi, proteinuria, edema, ipertensione, incremento dell'azotemia e della creatinemia. In questi casi è necessario ricoverare il piccolo poiché i sintomi depongono verso una rapida evoluzione in insufficienza renale, qualunque sia la causa della ematuria. La nefrite, che ne sta spesso alla base, può tuttavia esplodere in forma lieve senza apparenti danni alla funzionalità renale ed evolvere, nella forma rapidamente progressiva, nell'arco di giorni o mesi. Al di là di questa evoluzione, che richiede ovviamente l'intervento specialistico in ambito ospedaliero, vi sono casi dove pur non essendo apparentemente intaccata la funzionalità renale vi è, dopo una transitoria fase di macroematuria, un perdurare del solo sintomo ematurico (microematuria) per mesi, con un bambino che non presenta altra situazione di allarme.

Questi sono i casi che richiedono da parte del pediatra di famiglia particolare oculatezza e nel percorso diagnostico e nella gestione comunicativa. Le sindromi prevalentemente nefritiche sono tipologicamente classificate come: a) glomerulonefrite acuta poststreptococcica; b) g.a. rapidamente progressiva; c) g.a. a depositi mesangiali IgA (m. di Berger). Mentre quelle ad impronta nefrosica (proteinuria > 2g/24h) sono caratterizzate istologicamente da: a) lesioni minime; b) glomerulonefrite focale segmentaria; c) g. membranosa; d) membrano-proliferativa.

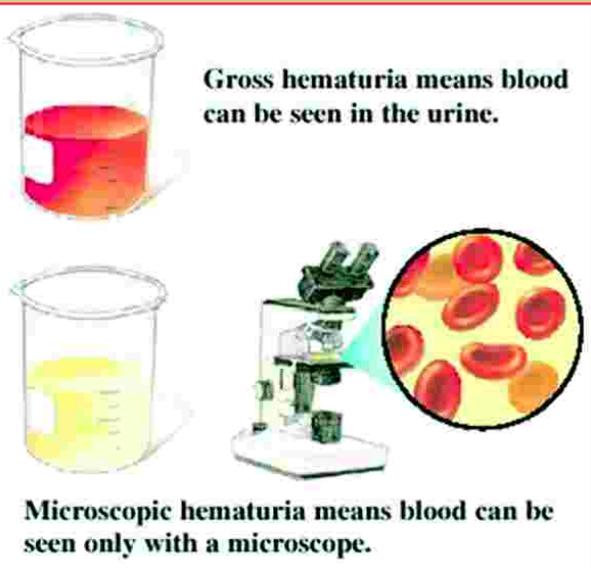
Mentre queste ultime, definite già nei caratteri clinici e bioumorali, necessitano di un intervento immediato (steroidi e/o citostatici) le prime, in assenza di emergenze, possono seguire un percorso piuttosto "attendista". L'ipertensione che spesso le caratterizza può essere controllata anche nel bambino con ACE inibitori (enalapril, ramipril). La stessa ipertensione può essere particolarmente impegnativa nella prima fase della GA post-streptococcica. Questa in genere ha una prognosi buona e solo in pochi casi evolve verso un'IRA (Insufficienza Renale Acuta). Un segno caratteristico è l'ipocomplementemia che si caratterizza per: ematuria, lieve proteinuria, edema palpebrale, oliguria e ipertensione arteriosa. In alcuni casi i bambini, possono manifestare i segni neurologici di un'encefalopatia con cefalea, confusione mentale e sonnolenza.

M escluse le forme progressive e quelle con incremento dell'eliminazione urinaria di proteine, che fare nei casi in cui ad una macroematuria esordita improvvisamente e durata solo pochi giorni, fa seguito una microematuria persistente nel tempo?

Tra le forme che con maggior frequenza hanno questi caratteri si colloca la m di Berger. Questa è una nefropatia che si caratterizza per episodi ricorrenti di macroematuria alternata, negli intervalli, a microematuria, associata o meno a modesta proteinuria, e da depositi mesangiali di IgA, non correlabili ad altre malattie sistemiche, epatiche o urinarie. La malattia può esordire, al pari della poststreptococcica, dopo un episodio infettivo con una franca macroematuria, che può rimanifestarsi tale in coincidenza di altri episodi infettivi coinvolgenti le prime vie aeree. Al di fuori di questa macroematuria vi è una microematuria costante che rappresenta l'unico segno nel 60% degli affetti. La malattia colpisce con maggior frequenza i maschi ed è diagnosticata solo istologicamente. Ma come comportarsi in questi casi. Dico cosa faccio io: se il bambino è molto piccolo o è un



adolescente vi è indicazione alla biopsia renale. Se vi è proteinuria marcata e/o ipertensione arteriosa o addirittura segni di insufficienza renale è necessario ricoverare il bambino presso un centro che abbia l'eventuale possibilità di sottoporlo a dialisi. Se vi è solo una microematuria persistente, in assenza di altri segni, o solo con modesta ipertensione attenderei, educando i genitori a controlli razionali (urine e PA), limitandomi a consigliare un'ace-inibitore. L'insorgenza di proteinuria, il protrarsi della microematuria nell'adolescenza, l'incremento dei valori pressori mi sarebbero d'indicazione per una biopsia renale. La m. Berger nelle sue forme lievi non ha necessità di alcune terapia, la quale invece deve esser fatta nelle forme più gravi. Alcuni citostatici e boli di metilprednisolone hanno buona efficacia secondo quanto ci dice la letteratura.



Lo screening audiologico neonatale

di Alessandro Gulino

Le ipoacusie infantili rappresentano un problema di grande rilevanza in pediatria e in audiologia sia per la gravità delle conseguenze sull'individuo affetto, sia per le loro implicazioni sanitarie e sociali.

Un normale funzionamento dell'apparato uditivo permette un corretto sviluppo del linguaggio nel bambino; ne consegue che la presenza di un deficit uditivo, comporta un grado di disabilità che corrisponde alla limitazione nelle attività della vita del soggetto ipoacusico.

Il problema dell'ipoacusia congenita infantile, nei primi mesi di vita, è determinato da alterazioni funzionali o anatomiche presenti alla nascita o dovute a cause genetiche o ereditarie. E' necessaria una diagnosi molto precoce, possibilmente entro il 3° mese di vita, per poter prendere tempestivamente tutti quei provvedimenti terapeutici e riabilitativi di volta in volta necessari. L'assenza o la carenza grave di informazione acustica induce nel bambino: mancata o insufficiente acquisizione del linguaggio, disturbi comportamentali e del carattere, alterazioni dello sviluppo psicomotorio, disturbi della percezione della sfera spazio-temporale.

L'American Academy of Paediatrics (1999) sancisce la necessità di identificare le ipoacusie entro il terzo e non oltre il sesto mese di vita per poter garantire la piena possibilità di recupero delle abilità uditive, poiché si è dimostrato che quanto più precocemente viene ripristinata una normale stimolazione acustica, tanto inferiore

risulta in seguito il gap fra bambino ipoacusico e bambino normoudente in termini di performance comunicative, linguistiche, relazionali e cognitive.

Di fronte a deficit uditivi infantili è possibile ricorrere alla diagnosi precoce dell'ipoacusia attraverso una corretta valutazione strumentale, in grado di mettere in luce le anomalie del sistema uditivo. Qualora queste anomalie fossero correggibili si procederà con l'adattamento protesico adeguato, che garantisce la riabilitazione precoce. Laddove, invece, il deficit uditivo è provocato da una lesione o da anomalie della coclea, non riscontrando un esito positivo con la protesi acustica, si procede con l'applicazione dell'impianto cocleare; entrambi devono essere supportati da un adeguato training logopedico.

I bambini sordi sottoposti a riabilitazione entro il sesto mese di vita acquisiscono un linguaggio ed una comunicazione verbale equivalente a quella di bambini normoacusici anche in caso di ipoacusia severa e profonda.

Da questi presupposti scaturisce la necessità di un test di screening universale infantile, effettuato mediante otoemissioni acustiche che si sono rivelate di facile applicazione, di basso costo e assolutamente prive di rischi per il bambino. Sono già evidenziabili in epoca precoce e facilmente registrabili approfittando dei frequenti periodi di sonno caratteristici del neonato, presentano, quindi, quelle caratteristiche di applicabilità e di affidabilità

che le rendono estensibili a livello universale.

Come avviene il test? L'esame viene effettuato prima della dimissione dal centro nascita, di preferenza mentre il bambino riposa. E' un test rapido (dura qualche minuto per ogni orecchio), non doloroso ne' fastidioso, che si esegue infilando un morbido tappino nel condotto uditivo esterno e registrando con questo la risposta della coclea (organo dell'udito situato nell'orecchio interno) a piccoli suoni ad essa inviati (otoemissioni evocate).

Il risultato dell'indagine è immediato.

Se c'è la risposta della coclea (pass), vuol dire che il neonato non ha, con una elevatissima probabilità, una perdita uditiva significativa. Sarà pertanto sufficiente osservarlo nel tempo, valutando lo sviluppo uditivo e del linguaggio.

Se la risposta non è presente (refer), questo non indica necessariamente un deficit uditivo; ci sono infatti diversi motivi anche extra-uditivi per cui può essere difficile rilevare una risposta, sarà però proposto ai genitori di portare il bambino ad un successivo controllo audiologico in cui con altri esami, entro i primi mesi, si può realizzare una diagnosi precisa.



Pediatria essenziale

Autore: Burgio Giuseppe Roberto;
Martini Alberto; Nespoli Luigi;
Notarangelo Daniele.

Editore: EDI ERMES

Anno: 2012

Pagine: 1948



“Nessuno nasce per propria volontà e quindi siamo tutti impegnati a far vivere bene chi nasce”.

Particolarmente impegnati sono, ovviamente, i genitori e i pediatri che - per vocazione, missione o scelta - devono al meglio conoscere i bambini e gli adolescenti e al meglio assisterli: perché crescano sani, o, se malati, possano tornare a vivere in buona salute.

Nella nuova edizione di Pediatria Essenzia-

le tutti noi che vi abbiamo preso parte ci siamo ispirati a queste considerazioni.

Questa V edizione si presenta agli studenti di Medicina e agli specializzandi in Pediatria come un “libro corale” unitario, in cui trovare opinioni professionali, formative, solide, attuali, aggiornate, condivise e condivisibili. Un libro nel quale tutti i medici che si occupano di infanzia e di adolescenza troveranno una guida professionale, scientifica, sperimentata e sicura.





Intervista ad Andrea Vania

Non solo dieta

di Antonino Gulino

L'obesità infantile è una emergenza medica spesso trascurata, come affrontarla? Abbiamo chiesto qualche consiglio al Prof. Andrea Vania, Responsabile del Centro di Dietologia e Nutrizione Pediatrica del Dipartimento di Pediatria della Sapienza Università di Roma nonché Presidente dell'ECOG (European Childhood Obesity Group) per il triennio 2010-2013, past-president e membro onorario dell'EAPE (European Association for Paediatric Education) e membro del Comitato direttivo della SINUPE (Società Italiana di Nutrizione Pediatrica) e della SIO (Società Italiana Obesità).

Gulino: Qual è secondo te l'approccio migliore per cambiare le abitudini alimentari di un bambino in soprappeso o obeso che magari hai seguito fin dalla nascita con impegno e costanza, senza grandi risultati?

Vania: Io ti rivolgo la domanda, nel senso che ti dico qual è secondo me l'approccio sbagliato: il pediatra tende a prendere troppo tempo prima di affrontare il problema soprappeso, pur rendendosi conto degli scarsi risultati ottenuti. Inoltre i vostri bilanci di salute non sono frequenti come è invece necessario per affrontare

questo tipo di problema. Allora io credo che quando ci si rende conto che il bambino sta aumentando il proprio peso eccessivamente va immediatamente inviato presso un centro di dietologia e nutrizione pediatrica, senza aspettare che il bambino sia più tondo che alto.

Dopo questo primo incontro la gestione deve però ritornare al pdf, evitando di pensare "tanto se ne sta occupando il centro di dietologia"; tutte le linee guida per il trattamento dell'obesità prevedono che sia il pdf al centro della gestione del bambino obeso.

Gulino: Spesso noi pdf non abbiamo un centro di dietologia e nutrizione pediatrica di riferimento, alcune volte ci rivolgiamo ad un centro di endocrinologia pediatrica, spesso dobbiamo affidarci a un centro di endocrinologia dell'adulto che concludono questo incontro con una dieta che spesso viene ripetuta meccanicamente per qualsiasi bambino. Questo approccio sostanzialmente non incide sulle cattive abitudini del bambino e allora che fare?

Vania: Innanzitutto credo che l'obesità non sia un problema di base endocrinologico. Devo dire che forse ritornerà ad esserlo, nel senso che data la quantità enorme di ormoni prodotti dall'organo adiposo si determineranno una serie di problemi endocrinologici non trascurabili, ma il bambino soprappeso che comunemente trattiamo esce dalla pertinenza dell'endocrinologia. Nel mio centro all'Università di Roma siamo riusciti con molti sforzi e



discussioni a ottenere che, quando arriva un bambino con un problema di peso non di tipo genetico, venga indirizzato al nostro centro di dietologia. In Sicilia cominciano ad esserci molti centri che si occupano di obesità infantile, gestiti da pediatri, a Palermo, in provincia di Agrigento ecc..

Gulino: Il nostro interlocutore dovrebbe quindi essere il nutrizionista e non l'endocrinologo?

Vania: Sì, un pediatra nutrizionista, perché il pediatra endocrinologo tende ad avere un approccio solo di tipo organico.

Gulino: Secondo me accanto al nutrizionista, uno psicologo è utile per l'accettazione di un nuovo regime dietetico. Ritieni che sia una cosa veritiera o sopravvalutata?

Vania: Secondo me stai sopravvalutando, l'intervento dello psicologo, che può essere utile, ma lavorando al di fuori del centro, non hai con lui dialogo continuo e la sua azione non è particolarmente efficace. L'intervento dello psicologo diventa fondamentale se lavora accanto al pediatra all'interno del centro di dietologia, in quanto il problema vero è quello di mostrare le corrette modalità di relazione all'interno di una famiglia, per aiutare i genitori a

capire ed a educare.

Gulino: Noi pediatri dovremmo quindi promuovere la nascita di unità specifiche fatte da pediatri e psicologi per combattere l'obesità.

Vania: Assolutamente sì, la cosa ideale sarebbe che pediatri e psicologi si cercassero e si trovassero; ma queste persone si devono trovare, non possono essere imposte, cioè l'ASP non ti deve dire che c'è il dott. Rossi libero e tu ti prendi il dott. Rossi, il quale si è sempre occupato di fobici e non ha alcuna esperienza di disturbi dell'alimentazione, la scelta va fondata sulla competenza e la professionalità.



L'European Childhood Obesity Group è stato fondato nel 1991 a Bruxelles dove è stato organizzato il primo workshop.

L'obiettivo principale dell'ECOG è quello di riunire diverse figure professionali che si occupano di obesità infantile per sviluppare le conoscenze cliniche e scientifiche sul tema, sviluppare programmi di trattamento e prevenzione, favorire la formazione dei professionisti della salute, promuovere tutte le iniziative che promuovono questi obiettivi.



L'ECOG ha oltre 150 soci, in gran parte pediatri, ma anche psicologi, dietisti, epidemiologi, esperti di attività fisica, chirurghi, provenienti da oltre 20 Paesi europei.

Cinema e pediatria

di Antonino Gulino

L'immaginario percorso di un cinefilo è fatto di immagini e suoni rubati da film amati ma spesso dimenticati, scene su scene si sovrappongono fino a costruire una personale storia non solo cinematografica.

Vi sono autori però che per ragioni artistiche o semplicemente generazionali senti più vicini, forse perché hanno saputo sorprenderti o perché sono riusciti a raccontare i tuoi pensieri meglio di come avresti potuto fare in un tuo diario personale.

Uno di questi è certamente Bernardo Bertolucci che dopo dieci anni di assenza dolorosamente segnati dalla malattia, torna sugli schermi dei nostri cinema con un altro capolavoro, *Io e te*.

Il film, tratto dall'omonimo romanzo di Niccolò Ammaniti, racconta la storia di Lorenzo, un adolescente scontroso e solitario che approfitta di una settimana bianca per nascondersi o meglio per rifugiarsi nella cantina di casa, in compagnia del suo PC, di un formicaio e di tanta musica rock. Ma la sua fuga dal mondo viene sconvolta dall'arrivo imprevisto di Olivia, la sua sorellastra più grande e quasi sconosciuta, scesa in cantina perché non sa dove andare, senza soldi ma soprattutto senza la droga di cui ha bisogno. Non hanno nulla in comune, nè ricordi nè affetto, solo una grande sconvolgente solitudine che li avvicina, li unisce fino a farli diventare fratello e sorella.

Lorenzo assiste Olivia in una drammatica crisi di astinenza, la protegge, la aiuta, come solo un fratello può fare. Olivia lo stringe in un abbraccio disperato e dolce, lo guida in un ballo che somiglia tanto alla vita che Lorenzo sfugge costantemente, accompagnato da una bellissima canzone di David Bowie il cui testo era stato riscritto dal grande Mogol, "Ragazzo solo, ragazza sola".

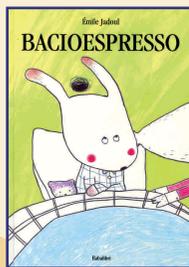
Il film si chiude in una strada vuota, ma il futuro dei due ragazzi sembra diverso, un sorriso illumina la faccia di Lorenzo mentre torna a casa, Olivia cerca in un possibile incontro un'altra opportunità. Bertolucci sa raccontare con sapienza e delicatezza le inquietudini e le paure dell'adolescenza, ma riesce anche a trasformare uno spazio chiuso, claustrofobico come una cantina, in un mondo incantato, popolato di fantasie e di personaggi strani come solo un bambino sa immaginare.

Questo alternarsi di fantasie infantili e di durezza adolescenziali danno anima a questo film e ce lo fanno ancor più amare e aggiungere al nostro personale percorso di pediatri innamorati del cinema.

Bravissimi gli interpreti entrambi esordienti, Jacopo Olmo Antinori e la nostra conterranea Tea Falco, abili a dare volto e anima ai due protagonisti.



recensioni



Bacio espresso

di Emile
Jadoul
ed. Babalibri
€ 12,50

di Giusi Geremia

Siete anche voi dei PAV, dei Papà ad Alta Velocità? Siete i genitori che presi da molteplici "cosemoltoimportantidafare" distribuiscono ai figli rapidissimi baci, veloci e perciò poco convincenti? Allora dovete assolutamente leggere "Bacioespresso" di Emile Jadoul (Babalibri, euro 12,50) e leggerlo insieme ai vostri bambini, per rendervi conto in poche pagine di quanto, a volte, gli atteggiamenti degli adulti riescano a raggiungere il paradosso agli occhi stupefatti dei piccoli. Un papà così corre tutto il giorno, travolto da improrogabili e importanti impegni, e ruba il tempo anche ai baci, dispensandoli con la stessa rapidità di un treno in corsa. Ma ai bambini non piacciono i baci di questo genere e tante volte sanno dirlo anche in modo tanto sincero quanto disarmante. Testo e illustrazioni giocano a rendere quasi sonoro l'insieme ed è proprio il testo a caratteri grandi a farsi suono e simbolo dell'impazienza del piccolo protagonista. Ai bambini piacerà il divertente ripetersi dei "bacioespresso" ma soprattutto ai grandi servirà guardarsi da un altro punto di osservazione per capire quanto la frenesia che tutti i giorni accompagna i nostri gesti, possa coinvolgere negativamente la relazione affettiva ed un momento così atteso come quello del bacio-congedo, del bacio-buonanotte, del bacio-premio o del bacio fine a sé stesso. Ogni bimbo merita questo tempo minimo, ma esclusivo che è cura, attenzione, affetto e imprescindibile diritto. Impariamo allora a criticarci di più e, ridendo insieme, pensiamoci anche solo un po'.

L'Istituto nazionale di Statistica non ci informa solamente sull'indice dei prezzi al consumo, ma i suoi dati, costantemente aggiornati, danno anche notizie di carattere sociale, ambientale e territoriale. Sempre in collaborazione con il mondo scientifico ed accademico, l'Istat ha analizzato in ogni aspetto i comportamenti delle famiglie italiane ed elaborato negli anni le classifiche più svariate.

Indovinereste qual è il secondo evento più stressante nella vita del genere umano? Quello che segue il comprensibile sconvolgimento di un lutto, ma che precede il pur sconquassante divorzio? È il **TRASLOCO**. Leggendo la notizia qualche tempo fa rimasi incredula ma adesso, che sono reduce dall'indimenticabile evento, capisco bene quanto sia meritata questa "medaglia d'argento". Pur considerando che il cambiamento non è di per sé negativo e che una nuova abitazione, specie se più confortevole della precedente, debba essere motivo di gioia, ho dovuto constatare come tutto ciò che ruota attorno alla voce 'trasloco' contribuisce inesorabilmente a deperire il nostro stato di salute fisica e mentale.

Si arriva al fatidico giorno già duramente provati dal difficile rapporto con le maestranze che si stanno occupando di rendere accogliente il nuovo alloggio. I più fortunati si relazioneranno solo con i professionisti del pennello per una "rinfrascata" (cosiddetta perché verrà a costare più di un affresco del Michelangelo) mentre i più sfortunati dovranno interagire con tutti gli artigiani che ruotano attorno all'edilizia. E qui – come direbbe il conduttore Lubrano – la domanda sorge spontanea: «Ma perché non ho fatto l'idraulico?». Naturalmente lo stesso potrebbe dirsi per l'imbianchino, il muratore, il termosifonista, l'elettricista ed il parquettista. Certo, a ben pensarci, mi manca qualche requisito fondamentale: ho il vizio di voler fare quello che so fare e per cui mi sono preparata, tendo insopportabilmente ad essere puntuale e, semmai non bastasse, ho la malsana abitudine di voler portare a termine un lavoro quando lo comincio. Se poi circolasse la voce che ho superato la terza elementare e che dopo una prestazione professionale rilascio la fattura.. beh, allora sarei condannata all'emarginazione ed alla sicura radiazione dall'albo degli artigiani. Non mi piace quasi mai generalizzare ma questo è un campo nel quale ci sono poche eccezioni ed i fortunati che abbiano incontrato un operaio qualificato, puntuale ed onesto si sentono tanto privilegiati che faticano non poco a dividerlo con gli altri: bisbigliano sottovoce, solo a parenti stretti ed amici veri, i recapiti "dell'alieno" come se, a parlarne troppo, il miraggio svanisse. Comunque sia, mettiamo pure che siate usciti illesi da queste difficili relazioni e che il danno si sia limitato solamente agli attacchi collerici, al collasso del conto corrente e ai conseguenti sbalzi pressori, vi sembra che possa bastare? Niente affatto, *digiamocelo*, il peggio deve ancora venire: c'è da imballare qualche decennio della vostra vita dentro gli scatoloni. Che lo facciate da soli o vi affidiate

ad una ditta di esperti poco importa, prima o dopo dovrete comunque fare i conti con i ricordi struggenti, i fantasmi del passato e... la spaventosa quantità di oggetti inutili che, più o meno inconsapevolmente, avete collezionato nel tempo. Ed io che credevo di aver fatto resistenza e di non avere ceduto poi così tanto alle sirene del consumismo! Che me ne farò di tutti quegli attrezzi in cucina? E i vestiti? Se servissero solo per coprirci ne avremmo abbastanza per altre dieci vite. Ho il fermo proposito di applicare il principio dell'omeostasi al mio armadio e mi riprometto di non riporvi nulla di nuovo senza prima avere eliminato un analogo indumento consumato o quantomeno desueto. Riuscirò a mantenerlo?

Ma ritorniamo agli scatoloni accatastati: non si fa in tempo a riprendersi dall'inquietante visione (i bicchieri di cristallo reggeranno a tutto quel peso?) che poche ore dopo saremo traumatizzati dalla vista della nostra vecchia casa "denudata". Disadorna come una anziana signora trasandata, sembra oltraggiata da tutte quelle orme sui muri e ci appare assai più vecchia e malconca di come la ricordavamo un attimo prima: il magone è inevitabile! Ma non bisogna temere, crogiolarsi nella malinconia è impossibile: il furgone è carico e tra poche ore tutto il suo contenuto sarà riversato nella nuova casa. Non fatevi illusioni, avere passato giorni interi ad impacchettare ed etichettare ogni scatola non è salvifico: sono necessari tre giorni per trovare gli spazzolini e sette per pettini e spazzole!

Dopo dieci giorni annaspate ancora tra gli scatoloni in cerca di oggetti di prima necessità, mentre amici e parenti sono pronti a consolarvi: «Non preoccupatevi» – cinguettano sadicamente – «noi, trascorsi cinque anni dal trasloco, abbiamo ancora pacchi da aprire!». Naturalmente, neanche a dirsi, scoprirete di non avere più un servizio di piatti integro e ciò che non hanno distrutto i traslocatori (i bicchieri di cristallo, alla fine, non hanno retto) lo romperete voi nel tentativo di spacchettare la roba impacchettata da altri. Volendo proprio vedere il bicchiere mezzo pieno (sono un'inguaribile ottimista) vi posso anticipare che, stanchi e avviliti come sarete, troverete soportabili questi piccoli dispiaceri e che tutta la vicenda finirà per ridurre in ciascuno quell'inevitabile "attaccamento alle cose" che, dopotutto, sarebbe un bene contenere. Come chiosano gli antichi proverbi per sistemarsi decentemente occorrono quaranta giorni. Che dire? Sono trascorsi più di trenta giorni dal mio trasloco, ma per stavolta "Istat" batte "saggezza popolare" 1-0: sono sfinita!

Dopo il lutto e prima del divorzio

di Maria Libranti



La Stimolazione Basale®: un approccio per migliorare la qualità della vita dei bambini affetti da pluridisabilità.

di Dora Messina

L'OMS definisce la qualità della vita come "una percezione dell'individuo della sua posizione di vita nel contesto culturale e valoriale nel quale si trova a vivere, e in relazione agli obiettivi, alle aspettative, agli standard e agli interessi personali". La qualità della vita, dunque, non si consegue esclusivamente attraverso un benessere generico, ma soprattutto attraverso una "modalità relazionale" tra Io e Mondo. Sempre sulla definizione di qualità della vita dell'OMS si deduce che la stessa è multidimensionale e che ha gli stessi componenti per tutte le persone. Ma se dovessimo valutare la qualità di vita in una persona affetta da pluridisabilità, quali parametri dovremmo valutare? È evidente che nella valutazione della qualità della vita di questi bambini "speciali" è difficile applicare i metodi del self-reporter; in questi casi infatti è palese la difficoltà di veicolare il proprio stato d'animo e le proprie preferenze, come è palese la difficoltà dei caraviger di leggere in maniera univoca le espressioni del bambino pluridisabile. Ai riguardi di questo specifico ambito non possiamo non ammettere che il concetto di qualità di vita nasconde molte problematiche. Centrale è la questione dei bisogni, che richiama a plurimi interrogativi: quali sono i bisogni di un bambino con pluridisabilità grave? Quali le esigenze? Le aspirazioni? I suoi desideri? Le sue risorse? - ed ancora- Chi ha la responsabilità di rispondere ai suoi bisogni? Di valorizzare le sue risorse? Sostenere lo sviluppo delle sue attitudini? Ma soprattutto "Come"?

Ed è da questo "come" che nasce la Stimolazione Basale®. Ideata negli anni '70 dal Prof. Andreas Fröhlich (Landstuhl, Germania), pedagogista speciale e psicologo, che pensò proprio ad un "modo" per rivolgersi a bambini/adolescenti/ adulti con disabilità grave, al fine di garantire loro una qualità di vita all'interno del quale potessero avere possibilità di espressione nella loro relazione con il mondo. La stimolazione basale nella persecuzione del suo obiettivo principale mira a salvaguardare l'individualità del bambino e della persona, quell'individualità che ci fa unici e irripetibili, anche nel caso di gravissima disabilità. L'obiettivo principale della Stimolazione Basale® è quello di rivalutare ciò che la persona disabile grave ha di proprio e di autonomo (anche se molto limitato) e promuovere la capacità di costruire

se stesso e il suo agire sul mondo esterno.

Sappiamo di come il mondo delle persone con disabilità grave sia molto ristretto ed accompagnato quotidianamente da dolore, traumi, paure, insicurezze e dalla sensazione di non essere sani e vitali, ma anche di come spesso la gravità della disabilità provoca nelle persone che ruotano attorno insicurezze, paure, aspettative troppo alte o addirittura mancanza di aspettative. Di contro la persona con grave disabilità si sente spesso come un "oggetto di manipolazione" e ciò provoca in lei passività, apatia e isolamento. Tutto ciò crea condizioni che non permettono di avere una progettualità adeguata al riguardo.

In che modo, allora, la stimolazione basale propone di gestire queste realtà? Il Prof. Andreas Fröhlich parte, innanzitutto, dalle esigenze fondamentali di ogni individuo e li propone come "diritti" delle persone con disabilità. Questi sono: Livello elementare vitale (evitare dolore, fame, sete) - Esigenza di movimento - stimoli: variazioni nella vita quotidiana (contatto con il mondo esterno)- Bisogno di sicurezza, stabilità e fiducia nei rapporti umani - Legame, ossia stare nella relazione, sentirsi accettati - Riconoscimento ed autostima - Essere indipendenti, autonomi, decidere per se stessi - Bisogno di divertimento e di gioia nella vita.

È a partire da queste esigenze fondamentali che le proposte educative della Stimolazione Basale® si traducono in un'unica proposta che è: l'esperienza corporea! Esperienza che si realizza attraverso: la stimolazione vestibolare (sperimentare il movimento); - stimolazione somatica (esperienza tattile attraverso la pelle); - stimo-



lazione vibratoria (percezione profonda del proprio corpo). Queste stimolazioni permettono di formare uno schema corporeo più cosciente, fondamentale, perché è a partire dal proprio Corpo che la persona sente di esistere ed è attraverso il Corpo che entra in contatto con il mondo che la circonda. Senza questa elementare percezione ogni progettualità educativa nei confronti della persona con grave disabilità perde di senso. Ciò che propone il metodo è una serie di diverse posture stabilizzanti, facilitanti e di benessere psico-fisico al fine di ottimizzare l'apertura del bambino verso il mondo esterno permettendogli di "viversi" e percepirsi come un individuo attivo nel suo ambiente, anche se in maniera limitata. In questa situazione il bambino con disabilità (anche grave) diventa protagonista e sperimenta in prima persona (senza richiesta esterna) e con le proprie capacità il suo potere nei confronti del mondo e degli oggetti (autodecisione). Solo attraverso l'attività propria ogni bambino, compreso il disabile, è in grado di prendere coscienza delle sue azioni, aumentando la sua motivazione e gioia nel fare autonomamente e di conseguenza anche la sua autostima. La Stimolazione Basale, molto improntata sull'ascolto, aiuta anche a cambiare la caotica sovrabbondanza di stimoli a cui spesso sono posti questi bambini, strutturandola, e

questo fa sì che il bambino possa avvicinarsi al mondo in maniera più comprensibile e con minori paure.

Il metodo, che viene proposto in Italia attraverso corsi di formazione, anche con riconoscimento ECM, presenta una metodologia che richiama molto quella proposta dal Massaggio Infantile, la quale non si propone come tecnica, ma come un "modo" di relazionarsi, pur nella proposta di tecniche. Eloquente la riflessione del Prof. Fröhlich, : "*« Non sono le tecniche e i metodi di una stimolazione che guariscono un paziente. Gli operatori non devono determinare che cosa fa bene al paziente, ma semmai cercare, in maniera molto sensibile, di capirne i bisogni reali. Soltanto a quel punto saremo in grado di fare delle proposte cercando di sostenerlo e accompagnarlo nelle aree in cui è possibile un qualunque tipo di attività. Dobbiamo prevenire o controbattere un grave disorientamento offrendo costantemente delle occasioni alle persone disabili gravi per rendersi conto del proprio IO>>»*".

La Stimolazione Basale® ci conduce con la sua riflessione assai lontano. La sua visione sposa il sogno di vita delle civiltà evolute: migliorare la qualità della vita; la sua ambizione sposa il sogno che nessuno venga escluso dal sogno di una vita degna di essere vissuta, sempre!



Di uomini e meduse

di Sergio Mangiameli

Ferdinando Boero è l'autore di un saggio-agenda sulla questione della truffa legata a un'economia senza natura, presentato a *Che tempo che fa*. Boero nella vita fa lo zoologo e studia le forme di vita più antiche del mondo: le meduse. E' convinto che nella semplicità ci sia l'essenza dell'evoluzione. Cioè, le meduse hanno attraversato tutta la storia biologica della Terra, per mezzo miliardo di anni fino a noi. Sono sempre state così come oggi ci appaiono, mentre noi uomini abbiamo una storia naturale molto prossima e di indubbia durata nel tempo futuro.

La domanda che si fa egli stesso è: qual è l'animale più evoluto tra la medusa e l'uomo? Quello che resiste a tutti i cambiamenti per centinaia di milioni di anni, adattandosi alle trasformazioni della vita, oppure quell'altro arrivato ieri, che cerca di adattare il mondo alle sue nuove esigenze?

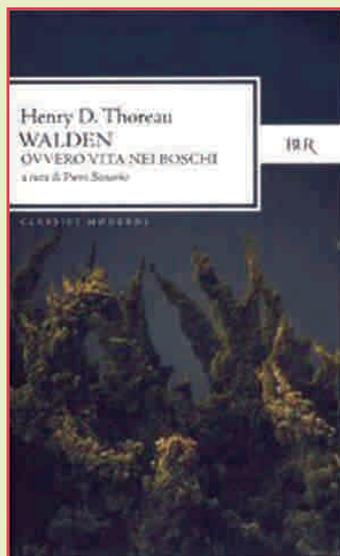
Boero, che insegna all'università, cita l'esempio che egli stesso fa ai suoi ragazzi, sulla Ferrari e sulla Fiat 500: "Qual è l'auto più evoluta che vi viene in mente?". I ragazzi rispondono la Ferrari. E lui ribatte: "E se consideriamo che tra evoluzione e diffusione ci sia una correlazione diretta, e vi chieda dunque qual è la macchina più diffusa?". I ragazzi rispondono la 500. Quella che ha resistito ai vari cambiamenti della vita delle auto, nel tempo. La più semplice. La 500 come la medusa.

Tuttavia il pensiero non mi cala. Mi resta in gola. E' vero che questo pianeta, così come ha fatto senza di noi per centinaia di milioni di anni prima, potrà farne a meno per un minuto soltanto o per altri milioni di anni dopo. Ma non è questo il punto. Il punto è: perché. Perché c'è l'uomo? Cioè: anche se fossimo un vicolo cieco della natura, che ci facciamo a questo mondo? Qual è il nostro compito? Continuarci sol-

tanto, come le meduse, oppure *Fatti non foste a viver come bruti*? Insomma, il nostro obiettivo è adattarci e resistere a tutti i costi oppure raggiungere una consapevolezza evolutiva che ancora non abbiamo? Meduse infinite o uomini brevi?

Ultimamente c'è chi sostiene che qualsiasi legge inventata dall'uomo faccia parte delle leggi della natura, perché l'uomo è natura. La natura comprende tutto, anche la matematica e l'economia. Mi viene in mente un pensiero vecchissimo, di un tale giovane americano, che appuntava a pena nel suo diario *Walden ovvero vita nei boschi* "La natura si riappropria di tutto. E' solo questione di tempo". Come dire che il destino è la natura. E adesso stiamo solo parlando di una vecchia moneta guardata dall'altra faccia.

Una strada non mantenuta sarà invasa e ricoperta di erbacce. Città intere lasciate a se stesse saranno riprese dalla natura in un secolo. Il crollo di Pompei lo ricorda. Il nostro compito non può essere soltanto il mantenimento degli spazi tolti alla natura. Non siamo bravi giardinieri all'infinito. E nemmeno abbiamo dimostrato di esser a larga scala bravi custodi del verde, nei suoi spazi e nelle sue riserve naturali. Non so-



lo superficiali, ma soprattutto nascoste, come petrolio e gas naturali. Siamo fatti per andare avanti esattamente così come stiamo facendo fin dall'inizio: riproduzione del fuoco, lavorazione metalli, invenzione della ruota, estrazione materie prime, invenzione del motore a scoppio, costruzioni centrali a carbone, megalopoli da venti milioni di abitanti, abbandono delle campagne, civiltà dei consumi. Sostituzione del prezzo al valore. Nel 2050 saremo 10 miliardi e aumenteremo l'uso delle risorse della nostra casa Terra, anche di quelle non rinnovabili – perché i Paesi economicamente emergenti sono culturalmente arretrati e non concorderanno mai un trattato unico sul consumo sostenibile. Gli effetti già si vedono e si sentono: impoverimento dei giacimenti-aumento del costo dei carburanti, effetto serra-riscaldamento globale, eventi climatici limite, avanzamento dei deserti, scioglimento dei ghiacciai, tempeste meteo nelle fasce intermedie. La natura cambia la propria forma e si riappropria di tutto. E' questione di tempo e di destino.

La new-economy indiana, cinese, brasiliana, sarà la futura città crollata. Negli oceani allargati rimarranno ancora una volta le meduse. La natura avrà vinto sull'economia, sulla finanza, sulla politica. Perché tutto questo è parto dell'uomo, che è a sua volta è frutto della natura.

L'uomo, già. Quale compito gli resta, dunque? Farsi l'ultima scivolata al cardiopalmo nel *toboggandi* Worldland? Per molti uomini, sì. Si accendono anche l'ultima sigaretta, ancora. E scivolano via senza guardarsi intorno, con l'orecchio attaccato al telefonino e i neuroni puntati sui prodotti in offerta al nuovo centro commerciale.

Pochi uomini, quelli che si scostano dalle pieghe di questa civiltà al tramonto, e che preferiscono osservare l'orizzonte da un altro punto di vista, magari scrivendo versi e storie, intonando canzoni, componendo musica o inventando film o dipingendo tele, questi uomini sono coloro che riescono a percepire un fremito nuovo, il battito d'ali di una farfalla che oggi ha schiuso le ali, dopo milioni di anni di bozolo. E così, immaginano.

Immaginano che l'evoluzione non è passare il tempo, ma condividerlo. Che nessuno si salva, se non insieme. Che dall'individuale competizione si esce passando alla collaborazione.

Non c'è più spazio né soprattutto tempo perché il proprio fatturato cresca ancora, all'infinito, in un giardino che infinito non è affatto, come la nostra Terra. E dunque è adesso e qui che può esserci il cambiamento dell'uomo. Quel divenire della sua evoluzione, il passaggio a una consapevolezza avanzata - ... che le meduse si continuino pure, come sempre.

Questi uomini immaginano il ritrovato senso d'unione con la Terra e i suoi abitanti. Il battito comune, il respiro unico. Evoluzione come unione.

C'è una canzone, scritta e musicata da uno di questi uomini, che s'intitola *C'è tempo*, e in un passaggio fa: "*... è un giorno che tutta la gente si tende la mano, è il medesimo istante per tutti che sarà benedetto, io credo, da molto lontano, è il tempo che è finalmente o quando ci si capisce, un tempo in cui mi vedrai accanto a te nuovamente mano alla mano. Che buffi saremo se non ci avranno nemmeno avvisato*".

C'è un film, partito da un libro, partito a sua volta da una storia vera di ricerca del senso della vita nel cuore selvaggio della natura. In una delle scene finali, il protagonista Chris, allo stremo delle forze, prende per l'ultima volta la penna in mano e scrive lentamente così: "La felicità è reale solo quando condivisa".

Poi capita che io un giorno parli con una persona, che ha avuto a che fare per anni con i lupi - che appartengono alla categoria di animali molto intelligenti. E mi ricorda che l'intelligenza è evoluzione, ed è sempre associata a un elevato grado di socialità. E, in una notte senza luna, quando loro stanno zitti, questa persona mi confida il sogno del lupo. Appartenere a un branco e avere il compito preciso di servire alla vita del branco, anche a costo della propria. Lo dice piano, come per non farsi sentire dai lupi, e aggiunge: e loro sono soltanto lupi. Mi sorride. Io lo guardo negli occhi e vedo i miei.

Flash su cervello e psiche

di Angelo Milazzo

Premi nobel

La scoperta delle "antenne" che le cellule usano per comunicare e ricevere le informazioni dall'ambiente esterno è stata appena premiata con il Nobel per la Chimica, assegnato ai due scienziati americani Kobilka e Lefkowitz.

I recettori della proteina G costituiscono appunto le "antenne" che permettono alle cellule di reagire a stimoli come: luce, calore, odori e sapori. Ma costituiscono anche la base del "servizio di comunicazione" in funzione all'interno del nostro organismo, composto da mediatori come: serotonina, adrenalina, istamina, dopamina, e da tante altre sostanze. Paura, gioia e sonno sono esempi di sensazioni mediate da questa classe di recettori. Il Comitato del Nobel ha rimarcato il fatto che circa la metà dei farmaci in uso sfruttano il meccanismo dei recettori della proteina G. Ogni farmaco rappresenta quindi un "messaggio" introdotto dall'esterno, per agire anche sui nostri recettori. Particolari prospettive si aprono nel campo di: beta-bloccanti, antistaminici, psicofarmaci.

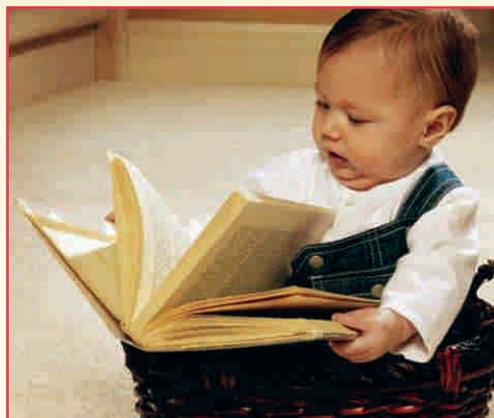
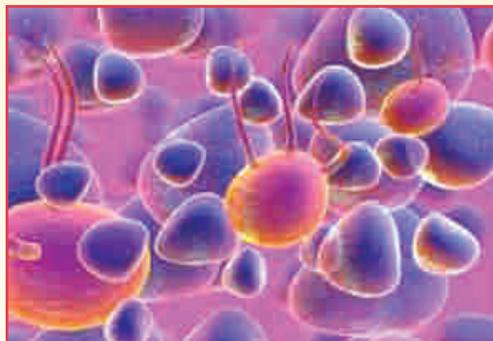
- Il Nobel per la Medicina è stato invece assegnato ai due ricercatori Gurdon e Yamanaka per i loro studi

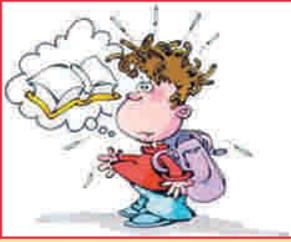
sulla ri-programmazione delle cellule staminali adulte.

Da tempo, anche ricercatori italiani dell'IRCSS San Raffaele e dell'Università Tor Vergata hanno dimostrato che le cellule staminali del cervello non solo contribuiscono a mantenere le funzioni cerebrali, ma sono anche in grado di riconoscere e combattere agenti fisici e chimici nocivi. Tra l'altro, sono in grado di seccernere dei cannabinoidi endogeni che fungono da potenti agenti anti-infiammatori. Ricercatori dell'Università di Berlino hanno dimostrato nel topo la produzione da parte delle staminali del cervello di endovanilloidi capaci di contrastare la proliferazione delle cellule del glioblastoma.

Apprendimento e memorizzazione

Scienziati della Stanford University hanno studiato il modo in cui la capacità di leggere è legata alle caratteristiche della materia bianca cerebrale. Sono due le regioni particolarmente coinvolte in questi processi: il fascicolo arcuato, che collega i centri del linguaggio, e il fascicolo longitudinale inferiore, che lega i centri del cervello alle





alle aree che elaborano le informazioni visive. Differenze di crescita di questi due tratti della

materia bianca possono prevedere variazioni nella capacità di lettura. I bambini con maggiore capacità cominciano con un'attività debole in entrambi i tratti nella parte sinistra del cervello, che poi diventa intensa dopo i tre anni.

- Studiosi dell'Università di Udine hanno dimostrato che l'informazione linguistica risiede soprattutto nell'emisfero sinistro del cervello.

- Ricercatori della Vanderbilt University hanno determinato un "centro" cerebrale dedicato alle competenze per il riconoscimento in particolare dei volti, ma anche per il riconoscimento generico degli oggetti. Questa area è localizzata nel lobo temporale, in corrispondenza del giro fusiforme posteriore.

- Studiosi della Harvard University hanno ri-affermato il ruolo del sonno nei processi di memorizzazione, e quindi di apprendimento. Durante il sonno il cervello ripercorre le esperienze vissute durante la veglia, le smonta, la cataloga e le immagazzina nelle varie aree.

- Ci sono sempre stati individui avidi di novità, pronti ad esplorarle, proiettati verso l'esterno, e ci sono sempre stati individui timorosi di quelle stesse novità, prudenti e timidi. Ricerche condotte anche all'IRCSS S. Lucia e all'Università "La Sapienza" di Roma hanno dimostrato come il cervelletto gioca un ruolo chiave in tali differenze di personalità. Infatti un cervelletto che guida l'esplorazione di ambienti nuovi, che permette un rapido passaggio da un compito ad un altro, che supporta un veloce adat-

tamento alle situazioni che cambiano, è correlato anche ad un maggiore volume dello stesso.

PAS

L'acronimo indica la cosiddetta Sindrome da Alienazione Parentale, portata alla ribalta dai mass-media in occasione di recenti avvenimenti di cronaca. Però in realtà non è una patologia vera e propria, ma un disturbo disfunzionale complesso. Ovviamente, si parla di disturbo

quando il rifiuto da parte del bambino di uno dei genitori è sicuramente assurdo e non realistico, e che viene molto spesso determinato dall'altro genitore.

Il disturbo è a tutt'oggi oggetto di controversia ai fini dell'inserimento nel prossimo DSMV, mentre viene contemplato come particolare forma di abuso dalla Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. La frequenza di questa problematica è altissima fra le famiglie che affrontano una separazione giudiziale. E' un fenomeno che ha subito un ulteriore incremento in seguito alla normativa sull'affidamento condiviso. Infatti tale situazione perpetua la condizione di "lotta a colpi di bimbo", nella quale vengono usati tre cavalli di battaglia: alienare il figlio dall'altro genitore, accusare l'altro genitore di abusi o crudeltà varie, indurre il figlio a scegliere il genitore che meglio riesce a discreditare l'altro.



Un po' di ...Giustizia...



Di nuove disposizioni legislative e in particolare di novità telematiche il 2012 è stato fin troppo generoso. Prima i certificati di invalidità telematici poi il controllo dell'esenzioni ISEE al MEF, infine l'invio telematico delle ricette hanno tirato allo spasimo tutte le corde del nostro essere. Eppure potevamo dirci fortunati: i certificati di malattia dei bambini non ci avrebbero ancora angosciato...

Ma ecco che si preannuncia la fine, anche se non immediata, di questa stagione "felice".

Con il decreto "Sviluppo bis", in vigore dal 20 ottobre 2012 sono state modificate le modalità di certificazione necessarie ai genitori per fruire dei permessi non retribuiti per malattia del bambino (artt. 47 e 51 D.Lgs. 151/2001). Con DPR, da adottare *entro il 30 giugno 2013*, verranno stabilite le modalità per provvedere a tale invio, in conformità alle regole tecniche previste dal Codice dell'amministrazione digitale (D.Lgs. 82/2005).

La certificazione di malattia dovrà essere trasmessa all'INPS in via telematica direttamente dal medico curante del SSN (o con esso convenzionato), utilizzando il sistema di trasmissione delle cer-

DAL SITO INPS

Il padre o la madre, in alternativa, hanno diritto art. 47 Dlgs 151/2001:

- nei primi 3 anni di vita del bambino, a congedi per malattia dello stesso, senza limiti di tempo, anche se la malattia non è in fase acuta;

- dai 4 agli 8 anni di età del bambino, a 5 giorni lavorativi all'anno, per ciascun genitore, per un totale massimo di 10 giorni non fruibili contemporaneamente.

Lo stato della malattia deve essere documentato, con certificato medico specialista del SSN o convenzionato. In entrambi i casi:

- non sono previste visite di controllo;
- i congedi non sono retribuiti.

<http://www.inps.it/portale/default.aspx?itemdir=5959>

tificazioni di malattia (DM 26 febbraio 2010: ML 5420). L'Istituto provvederà ad inoltrarla immediatamente al datore di lavoro interessato. Ai fini della fruizione dei permessi in esame, il lavoratore comunica direttamente al medico, all'atto della compilazione del certificato di malattia, le generalità del genitore che ha scelto di usufruire dei permessi stessi. (art. 7, c. 3, DL 18 ottobre 2012 n. 179)

E sempre a proposito di certificazioni ecco alcuni aggiornamenti della legislazione che riguarda quelle più frequentemente richieste a Noi Pediatri.

"Memento domine"!!!.

- La redazione di un certificato di malattia riportante le sole dichiarazioni dell'assistito a giustificazione dell'assenza dal lavoro, *senza il presupposto essenziale di una visita medica* accertante la diagnosi posta, non certifica nulla e rappresentando una chiara violazione all'art.24 del codice deontologico che invece obbliga il medico ad una diligente compilazione del certificato attestante di per sé *dati clinici constatati e documentati*, (Cassazione sezione civile terza con sentenza n.3705 del 9 marzo 2012) configura l'ipotesi di *falso ideologico*.

- Non sussiste il reato di falso ideologico (art. 481 c p) quando il medico certifica in buona fede una *"sindrome non obiettivabile"* sulla base dell'anamnesi fornita con inganno dal paziente al fine del rilascio del certificato di malattia, secondo la sentenza n. 5923 del 20 giugno 1994 della Cassazione sez. 2°, pubblicata in Riv. It. Med. Leg. 1995, 255. In questo caso risponderà eventualmente il paziente per le false dichiarazioni.

- Ogni certificato falso redatto dal medico convenzionato con il SSN è punito con la *reclusione da 6 mesi a 3 anni* (art. 493-477 CP). Ogni certificato falso redatto dal medico libero professionista è punito con la reclusione fino a 1 anno o con la multa sino a 1 milione (art. 481 CP).

- Tra questi certificati vietati rientrano, ad esempio, *anche i certificati di riammissione a scuola di studenti che il medico non ha visitato* durante la loro assenza per indisposizione temporanea, solo riferita ma non accertata.

- Peraltro *il medico non è più tenuto a rilasciare per studenti minori i certificati di riammissione a scuola per assenze fino a sei giorni* (art. 42 del DPR n.1518 del 1967) giustificabili invece con una richiesta della scuola ai genitori di un'autocertificazione.

Il medico dimostra la sua buona fede nel certificato di malattia quando formula una diagnosi sulla base dell'anamnesi e dell'esame obiettivo o *di eventuali lettere di dimissione ospedaliera o esiti di consulti specialistici e riporta una prognosi congrua alla diagnosi e la effettiva data di redazione* (la retrodatazione è reato).

Conclusione: forse a essere troppo buoni con gli altri...si rischia troppo!!! (Chi ha orecchie...).



INCONTRI PAIDOS 2013

16 Febbraio: La febbre che non cede

16 Marzo: Mode ed ebm

13 Aprile: Il vomito nel bambino

5 Ottobre: Il bambino che non cresce.
L'esperto risponde

9 Novembre: Non solo nell'adulto.....

Gli incontri si terranno presso la sala congressi del P.O. di Acireale.

N.B.: Le date e gli argomenti degli eventi possono subire variazioni verificabili sul sito della Paidos al seguente indirizzo:

<http://www.paidosct.com>

info: segreteriapaidos@libero.it

Si ringrazia per la collaborazione le seguenti aziende:

Neoox, AR FITOFARMA SRL, Aristeia Farmaceutici s.r.l.,

Demetra Pharmaceutical Srl, Milupa e Biotrading.

