

note di cultura per il pediatra

# Paiδòs

Anno 15 N.3 - 4 Luglio - Dicembre 2014  
[www.paidosct.com](http://www.paidosct.com)



**Maurizio De Martino**  
*La gestione  
della febbre*



**Alberto Fischer**  
*Pericolo Ebola?*



## INCONTRI PAIDOS 2015

- **24 gennaio**: Prima infanzia.
- **28 febbraio**: Seconda infanzia.
- **14 marzo**: Terza infanzia.
- **11 aprile**: Adolescenza
- **10 ottobre**: News in pediatria
- **7 novembre**: Alimentazione e nutrizione.

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](mailto:segreteriapaidos@libero.it)***





La gestione della febbre



Pericolo Ebola!

# Paídos e l'epigenetica

di Antonino Gulino

Nel 1942 Conrad Hal Waddington, un biologo inglese esperto in genetica descrisse delle modificazioni chimiche del DNA capaci di influenzare l'espressione dei geni senza nessuna alterazione della sequenza dei nucleotidi, lo studio dei meccanismi in grado di indurre queste variazioni diede l'avvio ad un nuovo campo di ricerca: *l'epigenetica*.

Le reazioni più frequenti nell'ambito dell'epigenetica si basano sull'aggiunta o il taglio di due tipi di piccoli gruppi chimici: i metili, presenti sugli istoni e sul DNA, e gli acetili, presenti solo sugli istoni. Negli anni si è visto che in molti tumori vi sono geni che presentano eccessi o difetti proprio nella metilazione o nell'acetilazione, su cui è possibile intervenire con molecole che sono attualmente in studio, in quanto le mutazioni epigenetiche, che probabilmente sono presenti in tutti i tumori, sono farmacologicamente reversibili.

Altri studi molto promettenti sono in corso sulle malattie neurodegenerative associate all'invecchiamento e alle patologie neurologiche dello sviluppo, inoltre è possibile che l'epigenetica giochi un ruolo fondamentale nella genesi dell'autismo.

Diventa quindi di rilevanza primaria conoscere i fattori che determinano e regolano i cambiamenti epigenetici subiti da un organismo, in quanto alcuni possono passare anche alla sua progenie, tanto che oggi si parla di paramutazioni.

Queste scoperte potrebbero inoltre spiegarci la ragione di fenomeni di adattamento determinati da mutate condizioni ambientali, troppo rapidi per essere spiegati come il risultato di semplici meccanismi evolutivi. Le stesse differenze fra individui vanno ripensate non solo sulla base delle differenze del patrimonio genetico ma anche sulle mutazioni epigenetiche. A questo proposito qualche anno fa Time ha dedicato al tema la copertina e un servizio, con un titolo significativo: *Why Your DNA Isn't Your Destiny*, il messaggio è chiaro: il DNA non determina il tuo destino, puoi fare qualcosa per cambiarlo.

L'ambiente in cui viviamo, la nostra alimentazione, lo stile di vita, l'esercizio fisico, l'esposizione ad inquinanti, lo stress possono provocare cambiamenti nel nostro organismo. Pertanto è fondamentale che i pediatri e le associazioni pediatriche, come la nostra Paídos, si impegnino non solo nella cura e l'assistenza dei bambini ma anche nell'educazione alla salute.

Quest'anno Paídos compie venti anni, anni pieni di iniziative, di corsi di aggiornamento, di congressi ma anche di incontri con persone speciali come il professore Bartolozzi, il professore Burgio e tanti altri illustri maestri. Ma non è solo questa la ragione del nostro impegno, un sogno o forse una piccola illusione ci ha guidato nel nostro percorso: aver indotto una qualche piccola *mutazione epigenetica* utile a migliorare la nostra cultura pediatrica.

## Rivista Paídos

**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 Germenia  
Sergio Mangiameli

**C.D. Associazione Culturale Paídos**



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@paideos.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

## SOMMARIO

- 3 Editoriale
- 4 Pericolo ebola?
- 6 Pillole di... dermatologia
- 8 Flash su cervello e psiche
- 10 Intervista a De Martino
- 13 La discussione più importante del mondo
- 16 Pillole di... dermatologia
- 18 Quella strana tosse
- 20 Flash su cervello e psiche
- 22 News dalla rete

## RUBRICHE

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

Copertina  
(foto D. Arangio)

Non bastavano le paure internazionali, con l'ISIS e i drammatici episodi delle decapitazioni, o quelle nazionali con la deflazione incombente, la levitazione della disoccupazione, l'italica inaffidabilità, l'articolo 18, ora i media ci sputano addosso tutte le gravi problematiche legate al virus Ebola ed improvvisamente tutti gli internettnavigatori fanno i conti con questo terribile virus. Alcuni anni fa ne avevo parlato nell'ambito di una relazione sulle patologie infettive emergenti, quando il timore maggiore era l'AIDS e la diffusione della tbc...



# EBOLA:

## vera o presunta minaccia?

di Alberto Fischer

**I**l virus Ebola determina una malattia emorragica grave, con una frequenza di casi fatali che dal 25% può arrivare sino al 90%. Esso è trasmesso da animali che sono considerati naturali serbatoi (pipistrelli, gorilla, scimpanzè) ed il contagio si mantiene interumano. La malattia è endemica nelle zone rurali del Centro Africa ma, come si sa, di recente è comparsa anche nell'Africa Occidentale e nei centri urbani. La severità e la gravità con cui si manifesta la malattia ed i pericoli che da una fase endemica si passi ad una fase epidemica, hanno determinato una generale mobilitazione da parte dell'OMS con l'attivazione di un programma organizzativo che tutti noi abbiamo sott'occhio.

**I**l virus Ebola apparve sotto gli occhi per la prima volta nel 1976 in Sudan e nella Repubblica Democratica del Congo, mentre solo nel marzo del 2014 è stato segnalato in diversi paesi dell'Africa Occidentale (Guinea, Sierra Leone e Liberia). Nell'agosto del 2014

l'OMS dichiara lo stato di emergenza pubblica internazionale.

**I**l virus Ebola, un Filoviride, viene contagiato attraverso contatti diretti con sangue, secrezioni e fluidi organici e con materiali e superfici contaminate con tali fluidi. Il pericolo di contagio è molto elevato nelle persone che assistono i malati e l'infetto rimane tale per un lungo periodo eliminando a sua volta il virus anche attraverso il proprio sangue, il latte ed il seme. Il periodo di incubazione dura da 2 a 21 giorni. I primi sintomi sono rappresentati da astenia marcata, febbre elevata, mialgie diffuse, cefalea, faringodinia. Questi sintomi sono seguiti velocemente da vomito, diarrea, rash cutanei, e segni di ridotta funzionalità epatica e renale. In alcuni casi si associano segni di emorragie interne ed esterne. Nelle aree dove il virus è endemico è difficile distinguere da altre malattie come la malaria, il tifo o la meningite. Nel sangue vi è marcata leucopenia e piastrinopenia, ed incremento degli enzimi

epatici. Il sospetto diagnostico viene confermato dall'elevazione degli anticorpi specifici tramite ELISA o test di cattura dell'antigene, o ancora tramite PCR. Non vi è alcuna terapia se non quella di supporto. Attualmente tuttavia, in maniera sperimentale, si sta utilizzando un farmaco detto ZMapp. Il farmaco impedisce al virus di superare le membrane cellulari e di raggiungere l'interno delle cellule: lo ferma, in sostanza, prima che possa moltiplicarsi.

**Ebola virus disease**  
 Ebola, which first appeared in outbreaks in Sudan and DR Congo in 1976, is a severe and often fatal disease with no known specific treatment or vaccine. It has since killed more than 1,500 people in parts of Africa.

SOURCE	TRANSMISSION	DAMAGE
In Africa, particular species of fruit bats are considered possible natural hosts for Ebola virus.	Infected bats are thought to transmit the disease to humans, or indirectly through other animals which are hunted for their meat.	Incubation period is from two to 21 days. Death from the disease is often caused by multiple organ failure and tissue death.

**Targets in the body**

- Endothelial cells, which form the linings of the blood vessels
- Phagocytes, blood cells that absorb foreign particles

**Symptoms**

- Fever
- Sore throat
- Severe headache
- Muscle pain
- Intense weakness
- Vomiting
- Diarrhea
- Impaired liver and kidney function
- Internal and external bleeding

**Possible routes**

- Close contact with the blood, secretions, organs or other bodily fluids of infected or dead animals.
- Consumption of infected animal
- Touching objects that have come in contact with the virus.

Note: List of animals is not exhaustive. Sources: Centers for Disease Control and Prevention, World Health Organisation.


**I**l farmaco può essere considerato al pari di un anticorpo monoclonale. Il medicinale non era mai stato testato sull'uomo prima d'ora. Alcuni test sperimentali sono stati effettuati sulle scimmie. In un caso, è stato somministrato a quattro esemplari entro 24 ore dal contagio: tutti e quattro sono sopravvissuti. Ad altri quattro primati è stato somministrato a 48 ore dall'infezione: di questi, soltanto due sono sopravvissuti. A sperimentarlo sono stati per primi Kent Brantly e Nancy Writebol, due delle oltre 1600 persone contagiate. I due, un medico ed una missionaria statunitense, hanno contratto il virus mentre prestavano servizio sanitario in Liberia. Oggi sono in isolamento presso l'Emory University Hospital di Atlanta. Ad un'ora dalla terapia endovenosa kent ha ripreso a respirare e le sue




condizioni sono sensibilmente migliorate, mentre la donna la stessa infusione non ha dato i risultati




## EBOLA VIRUS

PART 2



### ANU-ANO ANG MGA SINTOMAS NG EBOLA?



 doh.gov.ph
 healthpromo.doh.gov.ph
 OfficialDOHgov

sperati. Sono anche sperimentali due tipi di vaccino, non ancora licenziati, dalla FDA, ma che sono stati prodotti proprio a Pomezia da ricercatori italiani che studiavano da tempo la realizzazione del vaccino e che improvvisamente e drammaticamente si son visti al centro dell'attenzione dell'OMS.





Pillole di...  
dermatologia

## Infezioni micotiche cutanee: le dermatofitosi



di Francesco Privitera  
Referente Endocrinologia  
FIMP Sicilia

*Tra le tante specie di funghi conosciuti (circa 10.000), solo una decina è responsabile della grandissima maggioranza delle micosi cutanee. Questi funghi appartengono ai DERMATOFITI, ai LIEVITI ed alle MUFFE. Oggi parleremo delle infezioni micotiche cutanee sostenute da DERMATOFITI.*

I dermatofiti sono funghi filamentosi che si riproducono mediante spore e sono detti "**cheratinofili**", cioè si sviluppano preferibilmente nello strato corneo della pelle e degli annessi. Possono essere "**ANTROPOFILI**" se vivono e si moltiplicano sull'uomo (non si isolano dagli animali) e sopravvivono nell'ambiente soltanto all'interno di squamette cutanee, peli e capelli. Essi tendono a causare infezioni croniche e

difficili da curare. "**ZOOFILI**" sono quei dermatofiti che vivono e si moltiplicano sugli animali dai quali possono essere trasmessi all'uomo; anch'essi possono sopravvivere nell'ambiente soltanto all'interno di squamette cutanee, peli e capelli. A differenza degli antropofili, essi tendono a causare infezioni infiammatorie che rispondono alle terapie o che guariscono da sole. Per ultimi i dermatofiti possono essere "**GEOFILI**", cioè che vivono e si moltiplicano nel terreno; raramente alcune specie possono infettare l'uomo e gli animali.

I dermatofiti sono rappresentati da tre generi: **a) MICROSPORUM** (infettano i capelli e la cute); **b) TRICOPHYTON** (infettano capelli, cute e unghie); **c) EPIDERMOPHYTON** (infettano cute e unghie).

Le infezioni dovute a dermatofiti vengono dette "**DERMATOFITOSI**", "**DERMATOFIZIE**" o "**TIGNE**" (dal latino TINEA = verme o larve di insetto), perché un tempo si pensava fossero dovute a vermi o pidocchi. A seconda della zona cutanea coinvolta la dermatofitosi ne prende il nome: tinea corporis (del corpo), capitis (del cuoio capelluto), faciei (della faccia), cruris o inguinalis (delle pieghe), pedis (del piede) e unguium (delle unghie). Attualmente in Italia il 45% delle tigne è dovuto a der-

matofiti zoofili, il 54% ad antropofili e l'1% a geofili. Con i flussi migratori però sono ricomparse specie che erano ormai quasi dimenticate (T. violaceum, T. tonsurans...).

Le manifestazioni cliniche dell'infezione sono essenzialmente simili anche se l'agente eziologico è diverso: chiazze eritemato-desquamative, tondeggianti, a margini netti e lievemente rilevati, più arrossati rispetto al centro delle chiazze, che tendono alla guarigione centrale (aspetto a bersaglio o coccarda) (fig. 1). La tinea corporis è l'affezione dermatofitica più frequente: l'agente etiologico è spesso il M. canis che è più frequente nei gatti. La lesione ha l'aspetto tipico e può essere singola o multipla. La diagnosi differenziale spesso bisogna porla con la psoriasi o con la pitiriasi rubra. Sempre meno si vedono le tinee capitis (fig. 2): esse sono causate da Tricofiti o Microsporum. La dia-

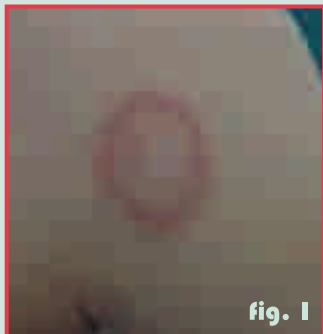


fig. 1



fig. 2

tab. 1	TINEA CAPITIS	PSEUDOTINEA AMIANTACEA
Frequenza	Rara	Comune
Clinica	Capelli spezzati	Chiazza desquamante biancastra- aspetto di "isolotto con cannetto" - i capelli cadono assieme alla crosta e ricrescono senza problema
Cultura	Positiva	Negativa
Etiologia	Fungina	Risposta aspecifica a vari fattori (stafilococco, psoriasi etc.)
Terapia	Griseofulvina	

gira intorno al 98%.

La terapia si avvale di prodotti per uso topico del gruppo degli azolici (bifonazolo, clotrimazolo, econazolo, fenticonazolo, fluconazolo, miconazolo, tioconazolo, ketoconazolo, flutrimazolo), della terbinafina (allilamina), nistatina e ciclopiroxolamina. Per le tigne e per le forme diffuse è

gnosi differenziale si deve porre spesso con la "pseudotinea amiantacea" (vedi tab. 1).

Inoltre ci sono delle caratteristiche che sono diverse nei due tipi di tigne microsporiga e tricofitica che ci orientano nella diagnosi e che vengono riassunte nella tab. 2.

La diagnosi di dermatofitosi è prevalentemente clinica. Nei casi dubbi si può fare l'esame microscopico a fresco in KOH o nel caso delle tinee capitis l'esame del capello. Inoltre si può fare anche l'esame culturale in terreno di agar-Sabouraud. Esiste un test rapido per l'identificazione di specie che si chiama Dermatophyte Test Medium (DTM) (fig. 3): si tratta di un terreno di cultura selettivo per il rilevamento di dermatofiti provenienti da fonti cutanee (pelle, capelli e unghie). Contiene un indicatore (rosso fenolo) che in presenza di metaboliti alcalini dei dermatofiti fa virare il colore del medium da

giallo in rosso. L'incubazione a temperatura ambiente è sufficiente per la crescita della maggior parte dei dermatofiti. Per assicurare condizioni ambientali aerobiche non bisogna stringere il coperchio del flacone. Il viraggio del colore dal giallo in rosso avviene dopo 24 ore anche se alcuni dermatofiti determinano il viraggio entro 3-7 giorni.

Comunque una positività del test oltre i 14 giorni è da considerarsi dubbia. La specificità di questo test si ag-

necessaria la terapia sistemica i cui farmaci sono rappresentati dal fluconazolo, griseofulvina, itraconazolo e terbinafina (dando una preferenza soprattutto per la tinea capitis alla vecchia griseofulvina).



fig. 3

tab. 2

## DIAGNOSI DIFFERENZIALE T. Tricofitica / T. Microsporiga

	T. Tricofitica	T. Microsporiga
Guarigione spontanea puberale	FREQUENTE	MOLTO FREQUENTE
Evoluzione	SUB-CRONICA	CRONICA
Tendenza esito cicatriziale	ASSENTE	ASSENTE
Fluorescenza luce di Wood	ASSENTE	SPESSO PRESENTE
Aspetto del pelo		LEGG. OPACO
Rottura del pelo	SBOCCO FOLLICOLARE	A 2-3 mm SOPRALO SBOCCO FOLLICOLARE
Tipo parassitamento pilare	ENDOPILORE	ENDO ed ESOPILARE MASSIVO

# Flash su cervello e psiche

di Angelo Milazzo

## Plasticità e mielina

Potremmo identificare la capacità del cervello di adattarsi a nuove situazioni con la "plasticità" cerebrale. Nuove acquisizioni provengono da Studi effettuati nel *Karolinska Institut*, pubblicati su *Cell*. La profonda differenza con il modello di laboratorio rappresentato dal topo, consiste nel funzionamento degli oligodendrociti, cellule che rivestono gli assoni. Gli oligodendrociti, inoltre, compongono la mielina, vera e propria "guaina" delle cellule nervose.

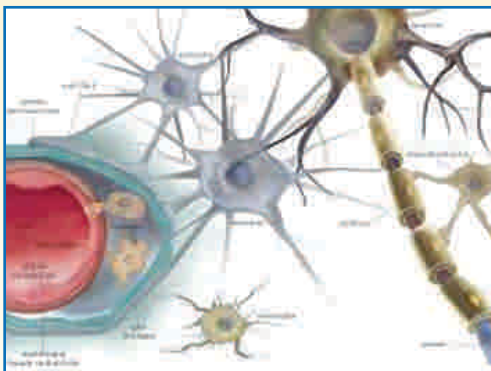
Affinché le cellule nervose immagazzino nuove conoscenze legate a nuove situazioni, è importante che l'impulso nervoso viaggi alla giusta velocità. Si tratta di un processo in cui la mielina svolge un ruolo primario, poiché svolge la funzione di velocizzare e di migliorare il funzionamento di tale meccanismo. Nel topo, quando le cellule nervose hanno bisogno di una quantità maggiore di mielina, gli oligodendrociti "vecchi" vengono sostituiti dai nuovi. Viceversa, nell'uomo la produzione di oligodendrociti è molto ridotta ma, nonostante ciò, la generazione della mielina può essere modulata ed aumentata, mediante meccanismi diversi. Nella specie umana gli oligodendrociti raggiungono la maturità anatomica e funzionale verso i cinque anni d'età. Dopo questa età, il ricambio di queste cellule si mantiene sempre nettamente sotto l'1%. Quindi, la grande maggioranza degli oligodendrociti non verrà mai sostituita nel corso dell'intera vita di un individuo. Le cellule già esistenti modulano la

produzione di mielina, consentendo un adattamento ed un apprendimento più veloce, rispetto alle altre specie animali. L'alterazione della mielina è alla base di diverse patologie neurologiche, tra le quali la più frequente è la Sclerosi Multipla.

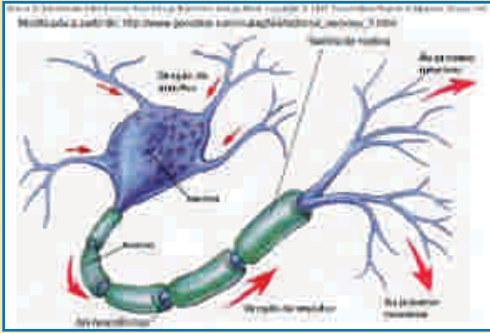


Autorevoli Studi, condotti con il contributo dell'*Istituto San Raffaele di Milano* e l'*Ospedale San Donato*, hanno dimostrato alcuni importanti meccanismi che regolano l'impulso nervoso. E' stata scoperta una proteina che regola la mielinizzazione, che si trova sugli assoni, e che viene tagliata da una sorta di "forbici biologiche". A seguito di uno di questi tagli, viene prodotto un frammento di proteina, che induce l'espressione di una *prostaglandina D2 sintasi*. Questa viene rilasciata, ed agisce poi sulla *cellula di Schwann*, tramite il recettore *GPR44*, per promuovere la formazione di mielina e per mantenerla nel Sistema Nervoso. Si sta quindi studiando come l'attività di queste molecole possa essere modulata con farmaci già in uso per patologie del sistema immunitario. Tali molecole potrebbero promuovere la rimielinizzazione in pazienti affetti da patologie demielinizzanti. In particolare, la *prostaglandina D2 sintasi* e il *GPR44* rappresentano due componenti, precedentemente sconosciuti, di una interazione axo-gliale che controlla la mielinizzazione del Sistema Nervoso Periferico e la "manutenzione" della guaina mielinica.

Le speranze terapeutiche sono fondate, se si considera che già con gli attuali fa-







rmaci, che agiscono mediante meccanismi di immunomodulazione poco selettivi, si riesce ad indurre una remissione completa dei sintomi, in quasi la metà degli ammalati di Sclerosi Multipla.

Un altro esempio di manipolazione dei meccanismi della plasticità ci viene da studi effettuati alla *Stanford University*, riguardanti l'ambliopia. Sappiamo che la sincronizzazione degli occhi viene appresa nei primissimi mesi di vita. L'ambliopia rappresenta la condizione in cui il cervello fatica a coordinare gli input visivi provenienti dai due occhi, e finisce per ignorare quelli provenienti da uno dei due. Gli Studi in oggetto hanno individuato un recettore espresso dai neuroni della corteccia, dell'ippocampo e di alcune cellule del sistema immunitario. Tale recettore viene denominato *PirB* (*paired-immunoglobulin-like receptor B*), che svolge un ruolo centrale nell'arresto della plasticità neuronale. In prospettiva, lo sviluppo di terapie atte a bloccare il *PirB* potrebbe aiutare non soltanto i bambini affetti da ambliopia, ma faciliterebbe il recupero dopo lesioni cerebrali varie, causate da ictus o da traumi. Si potrebbero anche migliorare l'apprendimento e la memoria, in svariati disturbi dello sviluppo. La ricerca è complessa, in considerazione anche del fatto che nella specie umana esistono ben cinque molecole corrispondenti alla unica *PirB* murina.

### **Munchausen by proxy (MSBP) sempre più attuale**

Quando ne parlavano solo i testi americani, noi pediatri di famiglia avevamo già identificato la situazione in cui la madre, o chi si prendeva cura del bambino, simulava o causava patologie, al fine di ottenere indagini diagnostiche e terapie, solo perché indotta da comportamenti coattivi, causati

da seri disturbi di tipo ossessivo-compulsivo, o addirittura di tipo dissociativo. I sintomi di sospetto per MSBP sono stati sistematizzati da Thomas K, fin dal 2003. Ne traggo spunto per farne un elenco aggiornato.

1) Insieme di sintomi che non hanno senso. 2) Problemi medici che non rispondono alla terapia o che seguono un andamento inusuale o inspiegabile; 3) Ripetute ospedalizzazioni con esami molto approfonditi, che non hanno portato alla diagnosi. 4) Sintomi preoccupanti, ma non concordanti con lo stato di salute del bambino. 5) Esami di laboratorio o fisici altamente inusuali, o discordanti con la storia clinica, oppure clinicamente assolutamente impossibili. 6) Segni e sintomi che scompaiono quando il bambino viene allontanato da chi si prende cura di lui. 7) Anamnesi familiare che riferisce storie di fratelli affetti da sintomi simili, o deceduti per cause sconosciute. 8) Sintomi ed episodi di cianosi, apnea, "near miss", o convulsioni che non vengono mai osservati da altri, ma esclusivamente da chi accudisce al bambino. 9) Storia con esecuzioni multiple di manovre di rianimazione, in assenza di problemi cardiaci o polmonari.

Ma è necessario focalizzare anche le caratteristiche della madre, o di chi si prende cura.

1) Conoscenze in campo sanitario superiori alla media. 2) Marito o figura paterna assente, o di scarso rilievo. 3) Madre con storia di disturbi psichiatrici o della condotta alimentare. 3) In ospedale, costante rifiuto di allontanarsi dal bambino. 4) Rapporti amichevoli con il personale sanitario. 4) Entusiasmo per l'esecuzione di test invasivi. 5) Richiesta pressante di ripetuti ricoveri e di sempre nuovi esami diagnostici. 5) Calma inusuale, anche a fronte di situazioni potenzialmente pericolose.





Intervista  
a De Martino

# La febbre

di Antonino Gulino

La febbre è il più frequente motivo di richiesta di intervento medico nel bambino sia nello studio del pediatra o del medico di medicina generale come nei pronto soccorso degli ospedali. La febbre non ha mai alcuna conseguenza negativa sul bambino mentre possono averne trattamenti incongrui non attuati secondo le regole della buona pratica e della medicina basata sulle prove scientifiche. L'improprio o cattivo uso di farmaci antipiretici e/o anti-infiammatori ed il loro dissenso abuso sono in incremento in parallelo all'aumento degli effetti collaterali conseguenti contribuendo alla diffusione di una irrazionale fobia nei confronti di febbre ed infiammazione.

Il punto critico della gestione della febbre è la sua elevatissima frequenza nell'attività medica. Questo determina autoreferenzialità (*io ho sempre fatto così...*) che però contrasta con il fatto che ogni anno cambia il 10% delle nozioni mediche. In nessuna disciplina od in nessuna professione è tanto indispensabile la regola delle tre "I" (purtroppo intraducibile dall'inglese): *life long learning*.

**Gulino: cos'è la febbre?**

**De Martino:** la febbre è un incremento della temperatura corporea centrale al di sopra dei limiti di normalità. Tali limiti possono presentare variabilità individuali e si

modificano durante la giornata secondo un ritmo circadiano. L'Organizzazione Mondiale della Sanità individua come temperatura centrale normale quella compresa fra 36,5 e 37,5°C. È quindi febbre l'incremento della temperatura corporea oltre 37,5°C.

La temperatura corporea viene regolata dal centro della termoregolazione localizzato nell'area preottica dei nuclei ipotalamici. Tramite l'*organum vasculosum lamina terminalis*, unica eccezione all'isolamento del sistema nervoso centrale rispetto al resto l'organismo, il centro della termoregolazione percepisce la temperatura esterna e mantiene quella corporea nei limiti fisiologici tramite la vasocostrizione ed il brivido che aumentano la temperatura oppure la vasodilatazione e la sudorazione che riducono la temperatura.

Il messaggio iniziale per lo sviluppo di febbre è la presenza di pirogeni (*not-self o self alterato*). Da questo messaggio si innescano un primo meccanismo molto rapido mediato dal fattore C5 del complemento che, recepito dal suo recettore sulla cellula di *Kupffer*, determina la produzione di prostaglandina E2 che tramite il vago epatico raggiunge l'area preottica dei nuclei ipotalamici ed uno più lento (che mantiene la temperatura febbrile sul più lungo periodo) mediato da TNF- $\alpha$ , IL-6 ed IL-1b.

**Gulino: quali le cause più comuni?**

**De Martino:** le cause più frequenti sono le infezioni. Ma non si devono dimenticare la malattia di Kawasaki, le malattie autoimmuni e le neoplasie. Né possiamo non considerare le infezioni meno comuni come la leishmaniosi, la bartonellosi o la malaria.

Se è vero che di solito il bambino febbrile è affetto da condizioni banali, non è lecito ritenere che questa sia la regola. Ricordarsi che non esiste la febbre da denti e che anche dopo un vaccino la febbre può non dipendere dal vaccino, ma da altre cause anche importanti.

**Gulino: quali sono i pericoli della febbre**

**De Martino:** nessun pericolo mai.

I pericoli possono venire dal trattamento della febbre. Sicuramente combattere la febbre in molti casi allunga i tempi di guarigione ed aumenta la trasmissibilità dell'infezione.

La febbre in quanto tale non è causa di convulsioni in corso di febbre. Le convulsioni sono innescate dalla stessa causa che de-

termina la febbre e sono causate da un eccesso di produzione di IL-1b che alcuni bambini hanno in corso di infezione, associata a polimorfismi dei recettori per GABA. Ne deriva che gli antipiretici non preven-gono le convulsioni in corso di febbre.

***Gulino: come si misura la febbre?***

**De Martino:** in sede ascellare con termometro digitale.

***Gulino: quando trattare la febbre?***

**De Martino:** poiché la febbre non è un fenomeno dannoso ed è anzi un evento positivo, la febbre non deve essere necessariamente combattuta in quanto tale. I farmaci antipiretici devono essere quindi impiegati nel bambino febbrile solo quando alla febbre si associa una condizione di malessere generale. Il trattamento della febbre deve avere quindi l'unica finalità di dare sollievo al bambino che presenti dei segni di malessere ad essa associati.

Il criterio di impiegare *cutoff* di 38.9°C, 38.5°C, ovvero 39.0°C oltre i quali si decide la somministrazione dell'antipiretico è criterio del tutto demenziale perché nulla succede oltre questi valori di temperatura corporea.

***Gulino: quali molecole contro la febbre?***

**De Martino:** paracetamolo ed ibuprofene sono gli unici antipiretici raccomandati in età pediatrica. Paracetamolo ed ibuprofene hanno una efficacia del tutto comparabile nei confronti della febbre e sono farmaci generalmente sicuri quando correttamente utilizzati.

Nessun altro farmaco deve essere usato nel bambino come antipiretico. In particolare l'acido acetilsalicilico non è indicato in età pediatrica per il gravissimo rischio di sindrome di Reye.

I corticosteroidi non devono essere utilizzati come antipiretici, per l'elevato rapporto costo biologico/beneficio e per il grave rischio di ritardare la diagnosi di patologie severe mascherandone i sintomi. L'impiego dei corticosteroidi in pediatria è accettabile solo a diagnosi avvenuta e l'impiego deve essere mirato per la patologia diagnosticata e sia diagnosi che trattamento devono essere condotti in base a rigorosi criteri di medicina basata sulle prove scientifiche

L'ibuprofene non è raccomandato nella gastroenterite acuta perché interferisce con

i meccanismi di perfusione renale prostaglandino-mediati determinando un aumentato rischio di insufficienza renale. L'impiego dell'ibuprofene è sconsigliato in bambini con varicella perché determina un incremento del rischio di sovrainfezione di cute e tessuti molli ed infezioni streptococciche invasive e non è consigliabile nei bambini con polmonite perché aumenta in maniera molto importante il rischio di complicanze (empiema, ascesso polmonare.). L'ibuprofene blocca l'effetto anti-aggregante dell'acido acetil-salicilico nei bambini con sindrome di Kawasaki

***Gulino: due è meglio di uno?***

**De Martino:** paracetamolo ed ibuprofene non devono mai essere somministrati in modo combinato od alternato. L'eventuale beneficio è di nessuna rilevanza clinica (riduzione di pochi decimi di grado) ma ha il prezzo di un incremento del rischio di effetto collaterale (l'ibuprofene blocca i meccanismi di detossificazione del paracetamolo)

***Gulino: è appropriato l'uso di mezzi fisici per ridurre la temperatura corporea?***

**De Martino:** l'impiego di mezzi fisici per la terapia della febbre è tassativamente da evitare. Deriva infatti dalla non conoscenza dei meccanismi della febbre che è un innalzamento *centrale* della temperatura corporea imm modificabile con trattamenti *periferici*.

I mezzi fisici (spugnature, bagno freddo, correnti di aria fresca, raffreddamento delle coperte, clisteri freddi, borse del ghiaccio, frizione della cute con alcool) sono infatti inutili perché riducono la temperatura corporea fugacemente e solo di pochi decimi di grado. Costringono invece il bambino ad un dispendio di energia per riportare la temperatura corporea a quella programmata in quel momento al livello ipotalamico e causano un effetto paradosso per aumento della febbre in conseguenza della vasocostrizione indotta dalla riduzione della temperatura corporea ed il brivido scuotente prolungato, con aggravio del depauperamento energetico già indotto dalla stessa febbre. Molti studi hanno dimostrato che il bambino trattato con mezzi fisici soffre di questo trattamento ed evidenzia una riduzione della qualità di vita.

I mezzi fisici sono invece indicati nel trattamento dell'ipertermia, aumento periferico della temperatura corporea causato

ad esempio da prolungata permanenza in un'automobile lasciata al sole con finestrini chiusi, da scaldacoperte, da bagni eccessivamente caldi.

**Gulino: quale vie di somministrazione dell'antipiretico è più efficace?**

**De Martino:** sempre quella per bocca perché meno sgradita al bambino, più facilmente gestibile in termini di dosaggio e meno carica di effetti collaterali. Per la somministrazione per bocca si deve utilizzare sempre il dosatore presente nella confezione e non cucchiari o cucchiaini di casa e nemmeno dosatori di altre medicine. Il dosaggio deve essere fatto sul peso e non sull'età del bambino.

Unica eccezione al trattamento per bocca può essere il bambino con vomito e malessere associato alla febbre. Ricordarsi che la tecnica farmaceutica non consente un'uniforme distribuzione del principio attivo in tutta la supposta, per cui è errato e pericoloso somministrare *mezza supposta* od una *supposta meno un pezzettino*.

**Gulino: quale strategia terapeutica è la più corretta e quali consigli dare ai genitori per sconfiggere la fever-phobia.**

**De Martino:** visitare il bambino e rendersi conto se la febbre crea malessere. Se così non è astenersi dal prescrivere antipiretico, a prescindere dall'entità della febbre.

Fare educazione sanitaria sui genitori e parenti vari spiegando che la febbre è meccanismo sempre benefico (blocca la replicazione di batteri e virus ed aumenta l'efficacia dei meccanismi immunitari) e mai dannoso e che combatterla in quanto tale è controproducente ai fini della malattia in corso. Febbre ed infiammazione sono presenti in tutti gli animali, anche in quelli al più basso livello della scala zoologica, da 40.000.000 di anni. Questo dimostra che sono essenziali per la sopravvivenza.

Spiegare che la febbre non causa danni al cervello e non è direttamente causa di convulsioni. Mantenere il contatto con la famiglia per consigliare l'antipiretico se comparisse malessere associato alla febbre.

Spiegare anche che la temperatura corporea normale oscilla fra i 36,0°C ed i 37,5°C, può variare a seconda della zona del corpo nella quale viene misurata (ad esempio è più elevata a livello rettale che ascellare), subisce fluttuazioni nell'arco della giornata (essendo

solitamente più elevata la sera rispetto al mattino) e può essere influenzata da fattori ambientali, dal grado di attività fisica o dalla digestione. Non esiste la *febricola*...

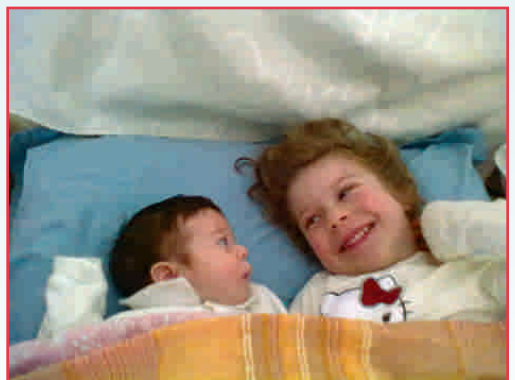
**Gulino: consigli pratici per il pediatra?**

**De Martino:** né l'entità della febbre né la risposta all'antipiretico sono fattori indicativi della gravità o dell'eziologia della patologia sottostante. Il lattante febbrile ha un rischio del 10% di infezione batterica grave. Ne deriva che il lattante febbrile deve essere sempre visitato in giornata. Nel neonato la febbre è un possibile segno di malattia grave. Ne deriva che il neonato con febbre deve essere sempre ospedalizzato.

A tutte le età non è elemento predittivo necessariamente favorevole l'apiressia al momento della visita se invece il bambino era febbrile a casa. Infatti, il rischio di malattia grave è uguale se il bambino in quel momento è apiretico o se continua ad avere febbre.

Se in corso di un'infezione delle vie aeree la febbre persiste nonostante l'impiego di un buon antibiotico di *routine* (amoxicillina o cefalosporina) non è ragionevole cambiare antibiotico od addirittura passare alla somministrazione per via parenterale (che non è più efficace della somministrazione per bocca: non c'è mai un buon motivo a casa per bucare un bambino...). Si deve invece dedurre che la febbre non è causata da infezione batterica.

La febbre non necessariamente è causata da condizioni banali: malattie autoimmuni o neoplasie iniziano con febbre. Ricordarsi della malattia di Kawasaki. E ricordarsi che il bambino febbrile di ritorno da area a rischio di malaria *ha la malaria fino a prova contraria*.



# La discussione più importante del mondo

di Sergio Mangiameli

- Cosa c'è?  
- Non lo so, cosa c'è. Non sarei qui, se lo sapessi.

C'erano nuvole che s'addensavano, non tanto per provare a far piovere. Era la curiosità che le spingeva a toccarsi, *shh-fai-silenzio, spostati un po' che voglio sentire anch'io*. Qualcuna si appoggiò su qualcun'altra, le più piccole si posizionarono sulle spalle delle nuvole più grandi. E provarono a far silenzio, in attesa, come se fosse la discussione più importante del mondo.

Le nuvole guardavano giù una piccola casa di pietra isolata a quasi duemila metri di quota, da dove si osservavano solo orizzonti naturali. Quei due uomini seduti vicini, con le gambe penzolanti dal muretto dell'ovile, erano gli unici nel raggio di dieci chilometri. Quei due uomini, a guardarli bene, sembravano molto simili, quasi uguali - ma questa è solo una libera interpretazione senza prova, perché le nuvole non ci vedono benissimo.

- Ti posso solo dire che mi sento dentro un vuoto che cresce...

- Paura?

- Già. Paura di non farcela a metterli in moto, 'sti ragazzini senza dolore e senza passioni. Li vedo che sorridono, si messaggiano su uozzàp e su feisbuc, ma non si cercano davvero, non hanno la fregola di vedersi in carne e ossa. Gli basta così, vedersi in foto per finta dodici volte al giorno!

- E che vorresti? Non mi dire però "ai miei tempi"! E' un errore di pensiero che da te non voglio ascoltare. I tempi finiti sono davvero finiti e quel che ci resta è solo il tempo presente. Qui e adesso c'è tutta la nostra vita. I bambini e gli animali lo sanno.

- Ma cosa è mancato, allora, a questi bambini diventati ragazzini?

Le nuvole si mossero, qualcuna rombò piano, un debolissimo tuono smorzato. Erano tutte con i lembi tesi per ascoltare meglio.

- Non è questione di dolore, se proprio lo vuoi sapere. Credi che non ne abbiano già abbastanza? Credi sia facile vivere in famiglie lacerate e inesistenti, dove mancano le figure di riferimento e tutto diventa possibile, senza regole? Dove tutto può diventare il suo contrario il giorno dopo, e quel che è stato viene sostituito

da qualcos'altro, di nuovo, di più divertente.

- Come se fosse il nuovo gioco usa-e-getta in promozione al nostro parco commerciale...

L'uomo si voltò a cercare lo sguardo dell'altro, che arrivò con naturalezza. Le nuvole trattenero il tuono.

- Vedi che ci sei arrivato... I ragazzi si abitano al consumo di emozioni che vedono insegnato. Si abitano alla replica rinnovata senza valore, come fosse qualcosa appunto che si possa comprare, buttare e comprare daccapo.

- Forse anche per annullare il dolore.

- Mi vuoi fare arrabbiare? Sai bene che il dolore non si annulla, e si allontana solo se si vive fino in fondo. Lo sanno bene anche gli altri tuoi coetanei a cui piace molto questo gioco del compra-e-butti. Quel che invece fanno finta di non ricordare è il ruolo, l'impegno preso. Lo sanno anche i bambini e gli animali, l'importanza del ruolo. Parlo del confronto continuo per mantenere il fatto di essere padri, e il rispetto che ne consegue. Dico della coerenza quotidiana necessaria per fare la madre, e il rispetto che ne consegue. Voglio dire le regole servono a tutti, e sono guai a non ricordarlo. Oltre ai bambini e gli animali, anche le pietre sanno questo. I cristalli non crescono senza un ordine preciso. E' la natura che abbiamo dentro, il nostro chiaro orizzonte.

- E, scusa, ma che c'entra la passione?

- Me lo dici perché sei arrivato fin quassù in bici dopo un'ora di fatica? Puoi comprarti mai un momento come questo?

- Mmm...

- E' il valore che dai alle tue scelte, che può fare di te un uomo appassionato, e di tuo figlio che ti osserva, un ragazzo motivato. E' la cura necessaria a perseguire questo valore. E' tutta qui, la differenza.

- Perché ancora non lo vedo?

- Perché non dai il giusto valore all'attesa.

Le nuvole ruzzolarono e un tuono come si deve mise fine a questa stranissima discussione tra due uomini uguali come due gocce d'acqua. Nessuna pioggia venne giù, forse per non dilatare proprio questa, che sembrò la discussione più importante del mondo.

# Cinema e pediatria

di Antonino Gulino

## Il giovane favoloso

Regia: Mario Martone

Con: Elio Germano, Anna Mouglalis, Isabella Ragonese, Michele Riondino, Iaia Forte, Federica De Cola, Massimo Popolizio, Edoardo Natoli, Paolo Graziosi, Valerio Binasco, Sandro Lombardi, Raffaella Giordano  
Anno: 2014

Mario Martone uno dei più talentuosi registi italiani si confronta con una delle più grandi personalità della nostra letteratura, Giacomo Leopardi, riscrivendone con qualche libertà la biografia e l'opera.

Confesso che mi sono accostato alla visione del film con qualche perplessità, in quanto troppo legato ad un poeta molto amato non solo in età adolescenziale. La paura che la straordinaria interpretazione di Elio Germano potesse degenerare nella caricatura mi infastidiva, ma la visione del film mi ha tranquillizzato.

La pellicola narra la vita di Leopardi da quando bambino prodigio osservava dalla finestra dell'amata/odiata biblioteca paterna il grande spettacolo della vita reale, alla sua fuga da Recanati verso Firenze, Roma ed infine Napoli, ripercorrendo le principali stagioni del suo percorso umano e letterario. Il regista ci descrive un Leopardi curioso, pieno di vitalità, che corre a perdifiato per i vicoli di Recanati, lontano dagli stereotipi di certa critica letteraria che ci ha rimandato l'immagine del giovane introverso, chiuso in un mondo di carta.

Il poeta è pervaso dalla voglia di conoscere cosa c'è "oltre la siepe", ma non si limita ad osservare con l'occhio razionale dello scienziato, ha voglia di vivere non solo la propria vita pienamente, ma di comprendere i grandi eventi che di lì a poco sconvolgeranno l'Italia e l'Europa.

La malattia, l'atroce consapevolezza di un corpo che non accetta, sono alimento per vivere rabbiosamente la sua esistenza fino alla tappa finale del suo viaggio, Napoli, una città cupa impaurita dal colera e ostaggio del Vesuvio, dove il poeta compone il suo testamento letterario "La ginestra".

Il film pur con qualche lentezza e qualche dimenticanza come "l'amata Silvia", ci restituisce un'immagine attuale del poeta, contrapposta ad una società falsamente colta, inconsapevolmente ridicola, molto, troppo simile alla nostra realtà.

Bravissimi tutti gli attori ma veramente "favoloso" Elio Germano capace di rendere con la gestualità, ma soprattutto con gli occhi la tensione umana e culturale del protagonista.



## recensioni

COLLANA L'OCA BLU A CURA DI EMANUELA BUSSOLATI ED. IL CASTORO BAMBINI. QUATTRO TITOLI DISPONIBILI:  
- TANTE STORIE DI TIRANOSAURO, DIPILODOCHI E...  
- TANTE STORIE DI GRU, TRATTORI, CATERPILLAR E...  
- TANTE STORIE DI GATTI CONIGLI RANOCCHI E...  
- TANTE STORIE DI MAGHI,

DRAGHI, PRINCIPESSE E...  
(EURO 9.90 CAD.)

di Giusi Geremia

Maneggevolezza e allegria del colore sono le note che arrivano, nell'immediato, dalla collana "L'oca blu" de "Il castoro bambini". Persino il particolare dei bordi stondati delle robuste pagine cartonate è segno di una attenzione particolare al pubblico cui i testi sono dedicati. Poi quanto è scritto nel verso della copertina, dichiara tutta l'avvolgente simpatia degli autori: "Mi leggi una storia? Si corta però. Per ridere insieme, per stare un po' stretti. Per fantasticare giganti e nannetti. Mi leggi le storie qui, sopra il cuscino? Io leggo tu ascolta e stiamo vicino" E' condensato in queste parole il senso della collana, curata da Emanuela Bussolati, che vuole raggiungere i bambini, tutti, quando cominciano a farsi stuzzicare dalla lettura e quando un intervento ben congegnato da parte di un adulto può aprire curiosità e divertimento e, più avanti, bisogno e piacere di leggere.

Piccoli, brevissimi racconti, divertenti gags, contenuti che piacciono ai bambini, storie che strappano un sorriso, che attirano gli occhi con illustrazioni leggibili e coloratissime, che fanno da trama per una relazione con l'adulto che legge che è puro passaggio di emozione e di affetto. Una grande semplicità evidentemente frutto di un sapiente progetto che conosce bene il pubblico e i suoi bisogni e che affida proprio ad un educatore attento uno strumento per costruire la relazione bambino-libro.

Storie destinate a essere lette dai grandi ma anche ad essere riascoltate dai bambini, quando dopo avere chiesto talmente tante volte la stessa storia, sono capaci di rileggerla solo guardando le figure e ricordando perfettamente le parole, regalando agli adulti momenti di sincero divertimento. Sorrisi che migliorano il tempo del vivere.

**P**urtroppo non sto per scrivere un articolo di gossip, né per rivelarvi il nome dell'ultima fiamma di Berlusconi ( la vita sentimentale del "Berlusca", in verità, con la privacy ha sempre avuto poco a che fare) ed a onor del vero, quasi lo preferirei. Sfortunatamente mi accingo a dissertare di "Privacy e studi medici", quella detestabile norma del 2006 che aggiunge burocrazia ed inutili balzelli al nostro lavoro.

Ingenua come sono ho creduto nel lontano 1987, anno della mia laurea, che il giuramento di Ippocrate bastasse a garantire ai miei pazienti tutta la riservatezza di cui avevano bisogno. L'avvocato Tognetti – lo "sventurato" a cui dobbiamo la stesura della norma- non deve essere di questa opinione!

E' notizia di questi giorni che in seguito a controlli negli studi medici, alcuni colleghi siano stati penalizzati con multe assai salate... ma cosa si contesta? Tra i medici della nostra provincia ormai si è diffuso il panico, **digiamocelo!** Pare sia gravissimo lasciare una ricetta sulla propria scrivania e peggio ancora in quella della propria segretaria; sembra addirittura che i campioni di medicinali incautamente lasciati dagli informatori sulla scrivania vadano immediatamente occultati in un armadietto rigorosamente dotato di vetri oscurati. E' facile dunque prevedere che i costruttori di armadietti per studi medici si adegueranno con nuovi modelli in mogano o, magari, in ferro battuto. Inoltre pare che bisognerà staccare dai muri ogni poster contenente un logo che richiami

un'azienda di farmaci o di lattini.. che ne sarà dei calendari sulla scrivania? Che faranno tutti i "creativi" delle aziende che congegnano portapenne, evidenziatori, blocchetti di carta e penne con l'unico scopo di far ricordare il proprio marchio? Naturalmente ton-

## Questione di "privacy"

di Maria Libranti

nellate di consensi informati vanno accuratamente custoditi sotto chiave, così come tutto il materiale cartaceo che riguardi il paziente : tutto questo per un tempo che si estende anche oltre il periodo di assistenza (fino a 10 anni dopo).

L'ultimo "delirio" in tema di privacy è quello che riguarda la sala d'attesa dove alcuni colleghi diligenti hanno già provveduto a mettere una striscia adesiva di demarcazione che delimiti lo spazio attorno alla scrivania della segretaria (per chi ha ancora la fortuna di averla): la stessa inoltre, con esilarante solerzia, specie per chi lavora nei piccoli centri, dovrà invitare i pazienti ad accomodarsi dal medico chiamandoli per numero.

Nel mio paesello, dove se uno dei settemila abitanti fa uno starnuto gli altri seimilanovecentonovantanove rispondono "salute!", ho un certo timore che condivido con la mia segretaria: lei che chiama il "signor ventidue" e lo stesso che le risponde con una sonora pernacchia!  
Voi che ne dite?





Pillole di...  
dermatologia

## Infezioni micotiche cutanee: lieviti e muffe



di Francesco Privitera  
Referente Endocrinologia  
FIMP Sicilia

*Nella precedente trattazione si è parlato di dermatofiti e delle patologie ad essi dovute. In questa parleremo invece delle infezioni micotiche cutanee sostenute da LIEVITI e MUFFE.*

Al gruppo dei **LIEVITI** appartengono la candida e la malassezia furfur che sono responsabili rispettivamente della **CANDIDOSI** e della **PITIRIASI VERSICOLOR**.

La **CANDIDA ALBICANS** è responsabile della maggior

parte delle affezioni della cute e delle mucose. E' un endosaprofita del cavo orale, dell'intestino e della vagina ed è causa delle candidosi delle regioni ano-genitali, del cavo orale (mughetto), e della candidosi cutanea congenita e di quella mucocutanea cronica. Nella candidosi delle regioni ano-genitali, si hanno piccoli elementi superficiali vescicolopustolosi biancastri, che rompendosi danno luogo a piccole erosioni circondate da un collaretto epidermico (fig. 1).

Il **mughetto** è una gengi-

vo-stomatite con piccole lesioni biancastre a "spruzzo di calce" simili a grumi di latte, che hanno la tendenza a confluire per formare una patina, aderenti alla mucosa senza ulcerarla, per cui la pulizia energica porta anche a piccoli sanguinamenti (fig. 2).

Nella **candidosi cutanea congenita**, presente alla nascita o entro 12 ore dal parto, l'eruzione cutanea che può interessare tutta la cute risparmiando generalmente l'area del pannolino, evolve in tre stadi: maculopapuloso, pustoloso e desquamativo. La **candidosi muco-cutanea cronica** si ha invece in condizioni di immunodeficienza come nella sindrome poliendocrina autoimmune tipo 1 detta **APECED (Autoimmune polyEndocrinopathy Candidiasis Ectodermal Distrophy)**. Si osservano in questa forma, elementi vescico-crostosi, nodulari, cheilite, perleche, onissi e perionissi. La diagnosi è clinica in base alle caratteristiche delle lesioni cutanee confermata dall'esame a fresco in KOH o con



fig. 1





sono di forma e grandezza variabile da pochi millimetri a qualche centimetro e tendono lentamente ad ingrandirsi e confluire. La forma ipocromica o acromica si osserva soprattutto dopo esposizione solare o dopo un certo periodo di

l'esame culturale in terreno di Sabouraud. La terapia delle candidosi si avvale di sostanze ad uso topico (azolici e nistatina) e ad uso sistemico (fluconazolo, itraconazolo, ketoconazolo, am-fotericina B, voriconazolo).

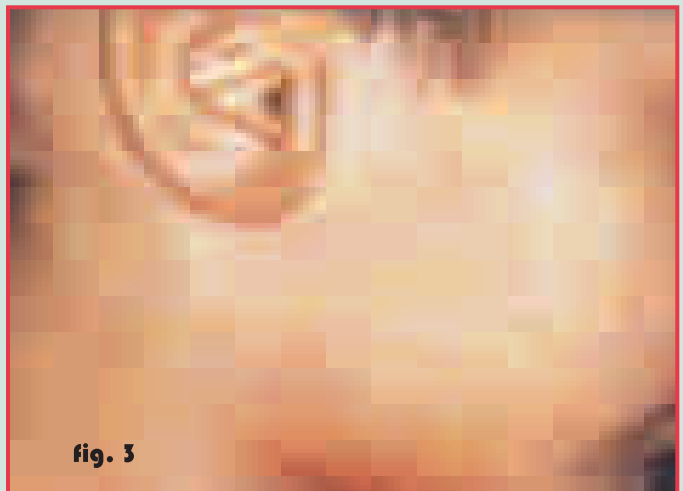
La **malassezia furfur** (pitirosporum ovale o orbicolare = varianti della stessa specie) è invece l'agente patogeno della **PITIRIASI VERSICOLOR**. Questa micosi superficiale è la più diffusa al mondo. La malassezia è un saprofito già presente sin dai primi giorni di vita, che in seguito a particolari condizioni dell'ospite (come rallentamento della desquamazione cutanea, sudorazione eccessiva, denutrizione, condizioni ormonali), diventa patogeno. Le aree infette appaiono come aree squamose biancastre o scure localizzate prevalentemente nella parte alta del tronco, spalle e collo, preferendo nel bambino soprattutto viso, padiglioni auricolari e capilizio (fig. 3).

Queste chiazze hanno

evoluzione della malattia. La maggiore evidenza nei mesi estivi è stata associata all'uso di oli solari in quanto la malassezia furfur è un fungo lipofilo e lipidodipendente. Spesso la malattia è cronico-recidivante. La diagnosi è clinica (diagnosi differenziale della forma ipocromica con la pitiriasi alba, e della forma ipercromica con la pitiriasi rosea). Alla luce di Wood la pitiriasi versicolor presenta una fluorescenza giallo-verdastra, mentre si può fare l'esame a fresco in KOH o lo scotch test. Se si vuole fare l'esame culturale si semina nel ter-

reno di Sabouraud ricoperto di uno strato di olio di oliva sterile in quanto il fungo come già detto è lipofilo e lipidodipendente. La terapia per uso topico si avvale di miconazolo, bifonazolo, ketoconazolo, econazolo, clotrimazolo, flutrimazolo, mentre nelle forme diffuse resistenti alla terapia topica o recidivanti, si usano i triazolici sistemici (fluconazolo e itraconazolo).

Per quanto riguarda le **MUFFE**, esse sono dei funghi che formano un micelio (intreccio di filamenti che costituiscono il corpo del fungo) abbondante e non molto compatto sulle superfici parassitate. L'unico patogeno cutaneo per l'uomo è l'*Aspergillus Niger* che provoca la otomicosi del condotto uditivo esterno (anche se molti otorini la negano). Obiettivamente si vedono le colonie di colore nero nel condotto uditivo esterno e la terapia di questa forma viene fatta con gli imidazolici per uso topico.



LA COMUNE CONVINZIONE CHE LA PERTOSSE È UNA MALATTIA INFETTIVA SCOMPARSA GRAZIE ALLA DIFFUSIONE DEL VACCINO SI ARENA DI FRONTE ALLA CONSTATAZIONE CHE ANCORA OGGI SI RISCONTRANO CASI IN BAMBINI, SOPRATTUTTO LATTANTI, IN CUI LE MANIFESTAZIONI CLINICHE SONO SFUMATE, E QUINDI DI DIFFICILE DIAGNOSI, MA PUR SEMPRE PERICOLOSE PER L'ETÀ.

# Quella strana tosse...

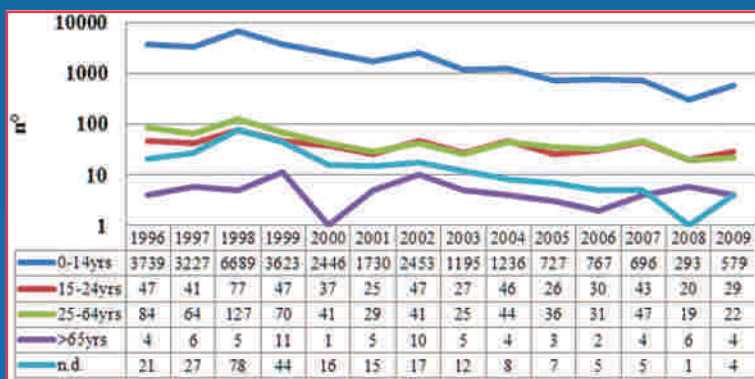
di Alberto Fischer

Non vi è dubbio che l'introduzione del vaccino antipertosse ha ridotto l'incidenza della malattia in maniera sensibile, soprattutto in quei Paesi dove si arriva ad una copertura



vaccinale superiore al 90%. La vaccinazione è stata inserita nel programma EPI (Expanded Programme on Immunization) dell'OMS nel 1974, e al 2008, si ritiene che circa l'82% dei lattanti al mondo siano stati vaccinati con tre dosi di vaccino. Analisi su un esteso periodo temporale (1922-2012), in USA dove la notifica è obbligatoria,

evidenziano un forte calo dell'incidenza a partire dagli anni '40, anche se negli anni 80 le notifiche hanno ripreso ad aumentare e nel 2012 sono stati registrati 41.000 casi e segnalati 18 morti. In Italia la vaccinazione antipertossica è stata raccomandata sin dal 1962 ma il tasso di copertura vaccinale è stato sempre insufficiente fino al 1994 con l'introduzione dei vaccini acellulari e nel 2008 lo studio ICONA evidenziava per quell'anno il raggiungimento del 96,6% della copertura vaccinale. Ciò ha permesso una maggiore protezione delle fasce più sensibili e a rischio, neonati o lattanti, spostando però il problema su adolescenti e adulti che rimangono ad oggi la fonte infettiva più importante, anche perché la malattia è clinicamente più sfumata in



queste età. Questa situazione è determinata dal fatto che la protezione immunitaria vaccinale non è a lungo termine, infatti è dimostrato che essa tende a decadere rapidamente in un range temporale di 4-10 anni. Una ricerca condotta in Israele, dove l'attuale copertura vaccinale è del 93%, ha dimostrato una persistente circolazione del patogeno particolarmente negli adolescenti e negli anziani.

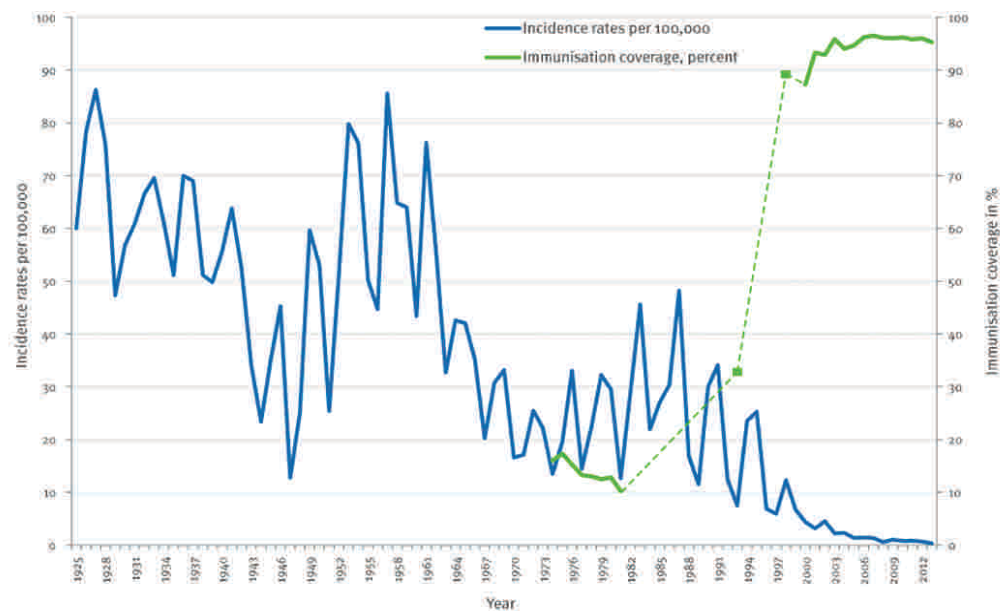
Stiamo quindi attenti a tosse strane e persistenti, soprattutto in ragazzi e adulti in nuclei familiari dove vi è un neonato o lattante, soprattutto se non ha completato la vaccinazione.

La *Bordetella Pertussis*, è un bacillo gram negativo, che viene trasmesso per via aerogena (ad elevato tasso di contagio!) ed aderisce alle cellule ciliate dell'epitelio attraverso delle adesine (FHA, FIM 1,2,3), ed esplicando la propria azione patogena con la liberazione di tossine (PT, dermonecrotica, ecc.). Verso adesine e tossine l'at-

tuale vaccino permette di raggiungere adeguati livelli anticorpali. La malattia interessa tutte le fasce di età ed ancora oggi rappresenta una delle più importanti cause di morte in bambini al di sotto dell'anno di età. Sono classicamente distinguibili tre fasi cliniche, ciascuna della durata di 2 settimane: catarrale, parossistica e convalescente. E' anche vero che nell'adolescente e nell'adulto la malattia può decorrere in maniera meno chiara e di più difficile diagnosi, in funzione anche dello stato di vaccinazione del soggetto. La prognosi della malattia può essere severa nei primi due anni di vita, dove vi è il massimo riscontro di conseguenze respiratorie e neurologiche (convulsioni, encefalite), queste ultime per fortuna molto rare.

Esistono oggi pochi studi sull'anticipazione alla nascita del vaccino ma non hanno trovato conferma nel prolungamento della protezione immunitaria. Noi stiamo all'erta!

Pertussis incidence and pertussis immunisation coverage at 24 months, Italy, 1925–2013

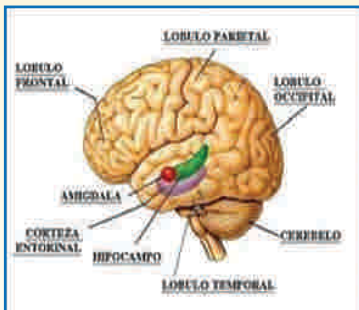


Preliminary data for 2012 and 2013

## Nobel e GPS

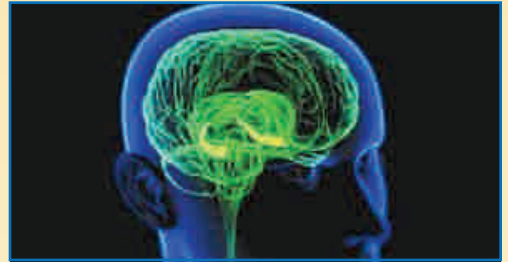
L'orientamento spaziale, categoria fondamentale dell'esistenza, dipende dall'interazione fra ambiente e meccanismi cerebrali, che si sono scoperti essere innati. Infatti risultano attivi negli organismi animali, fin dai loro primi movimenti. Alla nascita è quindi attivo nel cervello un sistema, molto suggestivamente paragonato ad un "GPS", già in parte strutturato, che consente una rappresentazione cosciente dello spazio, degli oggetti, e di noi nello spazio. L'angloamericano John O' Keefe ed i coniugi norvegesi May-Britt e Edward Moser hanno ricevuto il premio Nobel per la medicina, per studi geniali ai quali si deve in buona parte la conoscenza dei meccanismi cerebrali della percezione e dell'orientamento spaziale. Potremmo anche considerarli una conferma scientifica, di quanto sostenuto da Immanuel Kant: "Lo spazio è una necessaria rappresentazione a priori, che sta alla base di tutte le intuizioni niesterne".

La rappresentazione quantitativa, non solo spaziale, ma spazio-temporale, nella coscienza è dovuta a circuiti dell'ippocampo e paraippocampali, composti da tre tipi di cellule, già presenti alla nascita, e che evolvono con la crescita. Un tipo di cellule si attiva quando si rivolge lo sguardo in una qualsiasi direzione, e possono essere denominate: "cellule della direzione". Un altro tipo, le "cellule dello spazio", producono impulsi elettrici quando ci si muove, fornendo l'aggiornamento rapido dello spazio e della nostra posizione. Le cellule del terzo tipo ("cellule della griglia") sono attive durante lo spostamento, fornendo informazioni su tutto l'ambiente in cui ci si muove. La rappresentazione continua nella coscienza dello spazio tridimensionale, sarebbe il risultato dell'interazione tra le cellule "spazio" e quelle "griglia". Lo spazio tridimensionale rimane fermo, anche quando muoviamo testa e occhi, grazie all'adattamento immediato a tutte le



direzioni delle cellule della "direzione" e dello "spazio". Come avevamo già scritto in un precedente articolo, l'i p p o -

campo è l'organo chiave della memoria e della sensazione del tempo. Esso fornisce alla coscienza la continuità della rappresentazione spaziale e del suo svolgimento temporale. I ricordi comprendono lo spazio in cui sono vissuti. Le cellule della "griglia" in particolare, fanno parte di un sistema complesso, comune a tutti i mammiferi, che connette varie aree della corteccia, specie quelle del lobo parietale destro, a quelle localizzate a ridosso dell'ippocampo. Fra le almeno sette tipologie di intelligenza di cui la specie umana è dotata,



*l'intelligenza cinestesica* risulta, ovviamente, particolarmente attiva nei soggetti che eccellono nello sport, nella danza, in particolari attività artistiche e professionali.

In alcune patologie neurodegenerative, quali l'Alzheimer, la necrosi dei neuroni colpisce prevalentemente e precocemente l'ippocampo. Frequentemente il disorientamento spaziale, assieme ad deficit della memoria, costituisce uno dei sintomi più precoci. Lo spazio tridimensionale è una categoria dei meccanismi del cervello, e solo uno degli aspetti della realtà del mondo esterno. La fisica moderna infatti va molto oltre le tre dimensioni.

I nati ciechi hanno una concezione non diversa da quella dei vedenti, e per questo riescono a muoversi, anche in assenza di percezioni visive. Comunque, il paragone con il GPS regge: esso utilizza almeno tre coordinate satellitare per localizzarci con precisione su una mappa, di cui è già dotato.

I coniugi Moser, sposati da oltre 30 anni, rappresentano l'ennesima coppia di scienziati illustri che ha cercato in maniera esemplare di coniugare famiglia e ricerca, in modo paritario.



## Parole, parole, parole...

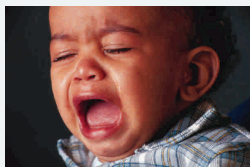
Gli studi più recenti depongono a favore dell'ipotesi secondo cui la nostra capacità di gestire il significato delle parole, cioè la nostra competenza lessicale, è distribuita in due sottosistemi, che possono anche essere denominati come: "moduli". Il primo modulo è quello *referenziale*, che gestisce le relazioni tra parole e mondo, al quale abbiamo accesso attraverso le varie percezioni. Il secondo modulo è quello *inferenziale*, che gestisce le relazioni tra le parole e le altre parole. Possiamo portare come esempi di *inferenziale*: la relazione tra una parola e la sua definizione; le sinonimie tra parole; l'appartenenza di una parola ad una certa area semantica, ad esempio: i nomi di parti del corpo, o di animali, o di categorie varie.

Gli Studi più importanti sono derivati dall'osservazione di particolari lesioni cerebrali, nonché degli esiti di particolari interventi neurochirurgici, soprattutto a carico del lobo temporale sinistro e dell'ippocampo. Tali operazioni a tutt'oggi vengono praticate anche in casi particolari di epilessia farmaco-resistente. Recentemente però, poiché sono ormai ben conosciute le correlazioni tra singole aree del lobo temporale e prestazioni linguistiche, vengono effettuati interventi molto più selettivi. Viene utilizzata anche la *stimolazione magnetica transcranica* per determinare quali aree del lobo temporale sinistro

debbano essere necessariamente conservate. Ci sono soggetti cerebrolesi che sono capaci di dare definizioni estremamente difficili ed articolate di parole "difficili" come "nostalgia" o "anatra". Tuttavia, se poi si mostra agli stessi soggetti l'immagine di un'anatra, non sono in grado di chiamarla "anatra". Meno frequentemente, ci sono soggetti cerebrolesi che non riescono a definire un oggetto che pur hanno denominato senza esitazione, cioè non sanno darne una definizione linguistica.

Le osservazioni cliniche suggeriscono quindi che il funzionamento dei due "moduli", *inferenziale* e quello *referenziale*, sia relativamente autonomo. Le moderne ricerche mediante tecniche di neuroimaging confermano che ci sono molte aree cerebrali che si attivano quando un soggetto svolge compiti sia *inferenziali* che *referenziali*, ma ci sono aree cerebrali che si attivano selettivamente, solo per uno dei due "moduli". Le prestazioni linguistiche consistono quindi in due capacità distinte, ciascuna delle quali è realizzata da strutture e processi cerebrali parzialmente diversi. *L'intelligenza linguistico-verbale* è un'altra delle almeno sette tipologie di intelligenza umana. Però sono talvolta ben differenziate le capacità di utilizzare il linguaggio scritto, oppure quello parlato. Ad esempio, sono spesso differenti le caratteristiche tra chi scrive una sceneggiatura e chi recita un copione.





# I CONTI IN CASA NOSTRA



Di lamenti ne sentiamo e ne facciamo tutti i giorni. A volte ci sentiamo avviliti, altre volte, a guardare chi sta peggio, ci assalgono i sensi di colpa. Sentiamo comunque il bisogno in questo ondeggiare di sentimenti di trovare equilibrio nei numeri.

Eccoveli. A ben leggerli di equilibrio se ne conquista pochino. Sembra che non siamo poi così lavativi (lavoriamo 40 ore a settimana: più di qualunque convenzionato) e la nostra retribuzione media è tra le più alte anche se costiamo un quinto di un generico a ciascun cittadino.

Il costo orario medio del nostro lavoro è più basso (9€ in meno per ora) del medico generico.

Insomma non siamo proprio messi male ma potremmo migliorare di tempo parecchio.

I tempi di crisi, però, non ci lasciano ben sperare. Saremo ancora in tempo per sperare in una pensioncina (la età media dei pediatri è di 51 anni) ma i prossimi anni saranno gravidi, per ciò che si vocifera, di altro lavoro di certo poco gratificante e ancora più stressante.

Meno male che viviamo in mezzo ai bambini e almeno loro ci daranno di certo qualche altro sorriso

Fondo sanitario 2013	Incidenza Costo Totale per tipo di Contratto
€ 107.004.500.000	
Medici di famiglia (ACN)	3,70%
Pediatri Libera Scelta (ACN)	0,89%
Guardia Medica e 118 (ACN)	0,71%
Specialisti ambulatoriali (ACN)	0,76%
Medicina dei Servizi (ACN)	0,05%
<b>Totale medici convenzionati</b>	<b>6,11%</b>
Medici dirigenti (CCNL)	10,76%
<b>TOTALE Medici contrattualizzati SSN</b>	<b>16,87%</b>

Regioni	Residenti	N. Medici per 100.000 Residenti	% T.D.	Strutture Complesse	Clinical Governance	Retribuzione Media	Costo per residente
Sicilia	4.999.932	191	8,00%	680	24	€ 71.660,00	€ 184,56
ITALIA	59.685.227	192	6,10%	8596	14	€ 73.822,00	€ 192,80

Regioni	Residenti	N. Medici per 100.000 Residenti	Retribuzione media annua	Costo per residente
Sicilia	4.999.932	101,4	€ 69.193,02	€ 6,972
ITALIA	59.685.227	91,3	€ 75.767,42	€ 66,42

Regioni	Residenti	N. Medici per 100.000 Residenti	% ENPAM = < 10 mesi	Retribuzione media annua	Media ore settimanale	Costo per residente
Sicilia	4.999.932	79,4	40,00%	€ 29.151,49	23	€ 22,24
ITALIA	59.685.227	45,1	41,80%	€ 27.347,93	22	€ 12,75

Popolazione Italiana 1 gennaio 2013	59.685.227		
Figura professionale e rapporto di lavoro	Età media	N. Medici	N. Medici per 100.000 Residenti
Medici di famiglia (ACN)	53	46.890	92
Pediatri Libera Scelta (ACN)	51	7.779	
Guardia Medica e 118 (ACN)	46	23.172	39
Specialisti ambulatoriali (ACN)	49	17.616	30
Medicina dei Servizi (ACN)	51	2.288	4
<b>Totale Medici Convenzionati</b>	<b>50,5</b>	<b>97.745</b>	<b>164</b>
Medici dirigenti (CCNL)	<b>52</b>	<b>114.713</b>	<b>192</b>
<b>Totale medici a contratto con SSN</b>		<b>212.458</b>	

Tipologia Contratto	Retribuzione oraria media	Costo orario medio	DELTA Retribuzione - Costo Lavoro	Costo per cittadino
Medici di famiglia (ACN)	€ 60,71	€ 67,01	10,38%	€ 66,42
Pediatri Libera Scelta (ACN)	€ 53,43	€ 58,44	9,38%	€ 15,98
Guardia Medica e 118 (ACN)	€ 23,91	€ 28,39	18,75%	€ 12,75
Specialisti ambulatoriali (ACN)	€ 32,17	€ 39,47	22,69%	€ 13,58
Medicina dei Servizi (ACN)	€ 25,60	€ 31,41	22,66%	€ 0,83
<b>Totale medici convenzionati</b>				<b>€ 109,56</b>
Medici dirigenti (CCNL)	€ 37,36	€ 50,77	35,90%	€ 192,89

Tipologia Contratto	Costo lavoro	Massa Salariale	Retribuzione media annua	Media ore settimanale
Medici di famiglia (ACN)	€ 3.963.999.500,00	€ 3.552.734.551,88	€ 75.767,42	24
Pediatri Libera Scelta (ACN)	€ 953.963.285,80	€ 864.529.227,76	€ 111.136,29	40
Guardia Medica e 118 (ACN)	€ 780.929.075,12	€ 633.706.156,44	€ 27.347,93	22
Specialisti ambulatoriali (ACN)	€ 810.608.330,00	€ 648.297.183,83	€ 36.801,61	22
Medicina dei Servizi (ACN)	€ 49.501.043,75	€ 39.602.163,68	€ 17.308,64	13
<b>Totale medici convenzionati</b>	<b>€ 6.539.001.234,67</b>	<b>€ 5.738.869.283,59</b>		
Medici dirigenti (CCNL)	€ 11.512.396.011,70	€ 8.471.225.910,00	€ 73.822,0	38
<b>TOTALE Medici contrattualizzati SSN</b>	<b>€ 18.051.397.246,37</b>	<b>€ 14.210.095.193,59</b>		

Fonte: **Scomporre e ricomporre la diversità delle forme Contrattuali. Analisi comparata del lavoro medico in Italia di Gianfranco Rivellini e Maurizio Andreoli**

<http://www.contoannuale.tesoro.it/> <http://demo.istat.it/>

[http://www.sanita.ilsole24ore.com/pdf2010/Sanita2/Oggetti\\_Correlati/Documents/Lavoro-e-Professione/rivellini\\_tavola\\_rotonda.pdf?uuid=109b704e-5b68-11e4-adad-208fa40dc6ad](http://www.sanita.ilsole24ore.com/pdf2010/Sanita2/Oggetti_Correlati/Documents/Lavoro-e-Professione/rivellini_tavola_rotonda.pdf?uuid=109b704e-5b68-11e4-adad-208fa40dc6ad)

VENTENNALE

# PAIDÒS



La Storia della Pediatria del territorio e il territorio della Pediatria



Sabato 13 dicembre 2014 - ore 18,00

**PALAZZO DELLA CULTURA**  
Cortile Platamone  
Via Vittorio Emanuele, 121 - Catania

