



Anno 10 N.3/4 - Luglio - Dicembre 2009



Giorgio Bartolozzi  
*Una febbre  
marca tempo...*



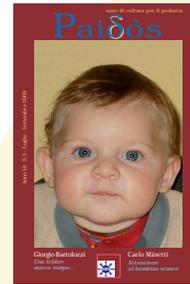
Carlo Minetti  
*Attenzione  
al bambino stanco*

## Brava PAIDOS !!!

di Alberto Fischer

E' da 15 anni che facciamo "gruppo". Un gruppo coeso, unito, non strumentale ad interessi personali, ma coerente nel suo quotidiano essere, con l'obiettivo di interpretare e risolvere nella maniera più idonea e globale le istanze di salute che provengono dai nostri piccoli assistiti e dalle loro famiglie. Questa la nostra forza ! I nostri corsi di formazione, nati per rispondere a reali esigenze formative sui problemi del quotidiano, ed in un periodo in cui le stesse esigenze non rientravano nell'interesse di chi era preposto istituzionalmente all'insegnamento, da anni sono esempio ed imitazione, questa non sempre riuscita. Abbiamo fatto scuola! Il nostro modo di interagire, il costante rapporto professionale e amicale mantenuto anche al di fuori dei momenti destinati agli eventi formativi, il condiviso e corale rispetto nei riguardi dei piccoli assistiti e delle loro famiglie, hanno catalizzato l'attenzione di nuovi amici che condividono con noi idee e metodi per realizzarle. Così al gruppo hanno vivacemente aderito, arricchendolo di nuove progettualità, amici come Francesco De Luca e Raffaele Falsaperla. Questa la nostra forza! Oggi PAIDOS continua la sua invidiabile opera attraverso eventi formativi sempre affollati, ed attraverso un accattivante periodico scientifico-culturale, ottenendo sempre l'apprezzamento di illustri personaggi del gotha scientifico nazionale: Pavone, Schilirò, Bartolozzi, Burgio, Cucchiara, Martini, Ugazio, Minetti, Arcangeli e... tanti altri ancora.

E PAIDOS non si è mai chiusa in se stessa ma, proprio in relazione alla sua mission, è stata in grado di esprimere, forse più che altre importanti sigle pediatriche, propri nominativi in seno ad importanti strutture scientifiche, come nel mio caso: prima per la segreteria della SIP Regionale, e poi, unico siciliano, come consigliere della SIP Nazionale nel passato mandato; oppure ancora come Ciccio Privitera, attuale consigliere della SIP regionale. Ma anche nell'ultima elettrizzante campagna elettorale per la SIP Nazionale la PAIDOS ha contribuito non poco alla elezione – e che suffragio! – di due fedelissimi amici a cui tutti siamo legati in maniera particolare: Nino Gulino e Francesco De Luca, il primo alla Commissione per la continuità e la qualità delle cure ed il secondo al prestigioso posto di Consigliere Nazionale, che certamente riuscirà a rendere più prestigioso di quanto non abbia saputo fare io. Consideriamo anche che queste elezioni non sono state semplici, sia per le forze messe in campo, ma anche perché i singoli candidati presentavano profili professionali e scientifici di alto livello. Questa la nostra forza! E quindi grazie a voi tutti della PAIDOS e FORZA PAIDOS. Vi abbraccio tutti con medesima e immutata intensità augurando a voi e ai vostri cari un Buon Natale ed un sereno anno nuovo, che permetta di superare i problemi quotidiani, laddove ci sono, e far raggiungere a tutti gli obiettivi a cui tanto tenete.



## Rivista Paidòs

Direttore responsabile  
Francesco La MagnaDirettore  
Antonino GulinoVicedirettore  
Maria LibrantiComitato Scientifico  
Giorgio BartolozziAlberto Fischer  
Lorenzo PavoneGino Schilirò  
Francesco De LucaResponsabile  
di redazione

Francesco Privitera

Comitato di redazione  
Filippo Di FortiVito Marletta  
Salvatore Spitaleri

## Collaboratori

Giusy Germenia

Angelo Milazzo

Sergio Sambataro

Raffaele Falsaperla

Sergio Mangiameli

Marisa Tuberti

C.D. Ass. Culturale  
Paidos

Alberto Fischer

Salvatore Bonforte

Rosario Bucchieri

Filippo Di Forti

Antonino Gulino

Maria Libranti

Lidia Luglio

Vito Marletta

Giuseppe Mazzola

Gino Miano

Giuseppe Patanè

Francesco Privitera

Salvatore Spitaleri

## Segreteria e Grafica

ASC Europromo

Tel 347 7792521

Fax 095 7571514

redazione.paidos@tiscalinet.it

## Stampa

Eurografica La Rocca

Riposto (CT)

Tel. 095 931661 - 095 9700035

info@eurograficalarocca.it

Questo periodico è distribuito

gratuitamente ai pediatri

Reg. Tribunale di Catania

N. 27/2000 del 30/11/2000



- 3 Editoriale
- 4 L'angolo di  
Giorgio Bartolozzi
- 6 Il Consenso Infor-  
mato
- 8 Pillole di...  
neonatalogia
- 10 Parola d'ordine:  
fluoro
- 12 Attenzione al  
bambino stanco
- 15 I pirati sono arrivati
- 16 L'allergonauta
- 18 Casi da ricorda-  
re...
- 19 Dedicata a  
Catania
- 20 Disturbi della con-  
dotta alimentare
- 21 Lo stupidiatra
- 22 News dalla rete

## RUBRICHE

- 11 Digiamocelo
- 14 Recensioni
- 14 Cinema  
e pediatria

Copertina  
(foto di F.Privitera)

Fino a non molti anni fa la febbre ricorrente del piccolo bambino ci metteva in profonda crisi e le risposte diagnostiche e terapeutiche che rifilavamo a disperati genitori non sempre soddisfacevano né noi né gli stessi genitori. Si attivavano lunghe trafilate di indagini e solo in pochi casi, sfortunati a dir la verità, si scopriva che il piccolo era affetto da un'immunodeficienza congenita. Il ricorso poi all'uso/abuso di antibiotici era tale che ancor oggi ci dobbiamo confrontare con resistenze batteriche di non semplice soluzione. Poi si scoprì la PFAPA e quindi le febbri periodiche monogeniche, che alcuni fanno rientrare nel calderone delle sindromi auto infiammatorie.



# Una febbre marca tempo...

di Giorgio Bartolozzi

Le febbri periodiche sono espressione di un gruppo di malattie, geneticamente determinate, che si caratterizzano per alcuni elementi fondamentali: a) una febbre elevata che dura dai 4 ai 7 gg (raramente di più) e che si ripresenta con le stesse caratteristiche dopo un intervallo medio di 15-30 gg; b) l'associazione di addominalgie, artralgie o franche artriti, cefalea; c) rash cutanei fugaci, spesso localizzati agli arti; d) l'elevazione quantitativamente significativa di tutte le proteine della fase acuta nella fase di acuzie della malattia. Quando viene riscontrata questo tipo di periodicità, insieme ad alcuni dei sintomi o segni descritti, è opportuno attivare un percorso diagnostico che non deve escludere l'analisi biomolecolare. Sono infatti malattie rare, in cui a causa di una modificazione genetica vi è immissione in circolo di chinine (interleuchine, TNF, ecc.) in grado di attivare scompostamente i

processi infiammatori propri di numerose malattie. Tra queste febbri la più frequente sembra essere la Febbre Mediterranea Familiare (FMF), mentre molto più rare sono le altre: la sindrome da ipergammaglobulinemia D (HIDS), la febbre periodica associata al recettore TFN (TRAPS), e le sindromi associate alle anomalie del gene CIAS1 (Orticaria da freddo, CINCA- o NOMID - la sindrome di Mukle-Wells). Quando i criteri clinici per sospettare la diagnosi sono molto evidenti diviene necessaria la diagnosi molecolare presso alcuni Centri di Riferimento che oggi si possono individuare nelle città di Palermo, Messina, Roma, Genova, Trieste. Nella Tab.1 vengono riportate le caratteristiche genotipiche e fenotipiche delle singole malattie.

### FMF.

È malattia autosomica recessiva, frequente nelle popolazioni dell'Est Medi-

terraneo dove ha una prevalenza di 1/1000. L'età di esordio è prima dei 20 anni, ed il gene mutato MEFV si trova sul cromosoma 16. Si conoscono più di 30 mutazioni. La febbre è elevata e riappare con un intervallo medio di 20 gg. Il sintomo associato più frequente è l'intenso dolore addominale (presente nel 95% dei casi). Possono esser presenti anche artrite (50%), lesioni simil-erisipelodi ai piedi (10-40%), dolore toracico (20%). Una temibile complicanza è l'amiloidosi renale, che si previene attuando alla diagnosi un trattamento con colchicina (1-3 mg/die) che peraltro contribuisce a ridurre i sintomi tipici della malattia.

### Ipergammaglobulinemia D o Febbre Olandese.

L'esordio è precoce (1 anno). Il gene responsabile scoperto 5 anni dopo (1999) dalla descrizione della malattia, è il MVK, la cui mutazione produce una riduzione della mevalonico-

chinasi, lo stesso enzima coinvolto nella Mevalonico Aciduria e che è sfruttato nella biosintesi del colesterolo e degli isoprenoidi. La malattia si caratterizza per un notevole incremento delle IgD nel 90% dei casi (può esser utile nell'iter diagnostico). Nella maggior parte dei casi vi è una linfadenopatia laterocervicale (95%). Anche qui dolori addominali, meno frequenti che nella FMF, e lesioni cutanee (macule, papule, porpora), poliartalgie o franche artriti. La febbre dura 4-6 gg e può essere scatenata da vaccinazioni, infezioni virali, traumi o interventi chirurgici (tonsillectomie). Un aiuto diagnostico può esser fornito dall'aumento di ac. Mevalonico e neopterina nelle urine durante la crisi febbrile.

### Febbre associata al recettore del TNF (TRAPS).

Fu descritta ancor prima della precedente (1982) e detta anche febbre irlandese. Ha una trasmissione autosomica dominante ed è legata all'alterazione del gene che codifica per il recettore del TNF. Alla febbre si associano mialgie intense e lesioni cutanee dolenti. Spesso dolori addominali e artralgie. La febbre può durare anche settimane. Gli steroidi orali a dosi elevate riescono a controllare la malattia, ma ottimi risultati in numerosi casi si sono ottenuti con l'etanercept.

### Sindrome di Muckle-Wells (MWS) e Orticaria da freddo (FCAS).

Sono malattie ad eredità autosomica dominante e fanno parte di un gruppo di sindromi auto infiammatorie in cui la

mutazione del gene CIAS1, sul cromosoma 44, porta alla formazione di una proteina, la *criopirina* responsabile della sintomatologia. Entrambe le malattie esordiscono già nel corso del primo anno di vita. La FCAS si caratterizza per un'orticaria scatenata dall'esposizione al freddo, che se compare nell'arco dei primi mesi di vita deve indurre il sospetto, poiché è difficile che a tale età un'allergia alimentare o da aeroallergeni abbia questo tipo di manifestazione. Anche nella MWS la febbre è elemento fondamentale e la sua durata non eccede i 2-3 giorni. Si associa nella gran parte dei casi a rash maculo-papulare, ad artralgie e, spesso, anche ad una congiuntivite.

La MWS può determinare una sordità neurosensoriale e un'amiloidosi renale. Come per la FMF ottimi risultati terapeutici si sono ottenuti con la *colchicina*, tuttavia recenti studi dimostrano l'efficacia dell'*Anakinra*, un monoclonale dell'IL-1, evidenziando il ruolo che l'IL-1 ha nella patogenesi della malattia.

### Sindrome CINCA (Chronic Infantile Neurologic Cutaneous Articular Syndrome).

Dall'acronimo si evince che anche questa sindrome, correlata a mutazione del gene CIAS1, ha un esordio in epoca neonatale. La malattia si presenta con segni cutanei (esantema orticariode generalizzato, alcune volte pruriginoso, che si esacerba insieme alla febbre con l'esposizione solare) poliartrite simmetrica e danni neurologici, quali convulsioni, spa-



sticità, e/o ritardo psicomotorio. **Sindrome PFAPA.**

È la febbre ricorrente più conosciuta, ma la ricordo perché la sua genesi non è legata a mutazione genetica e in alcuni casi può confondersi con le precedenti. Se ne differenzia perché non presenta né artralgie né rash cutanei né addominalgie, ma si caratterizza esclusivamente per la triade sintomatologica: a) stomatite aftosa; b) adenopatia cervicale e c) faringite. La malattia scompare quasi sempre in un periodo di 4-8 anni ed il trattamento si basa sull'uso di prednisone alla dose di 1 mg/kg per 48 ore.

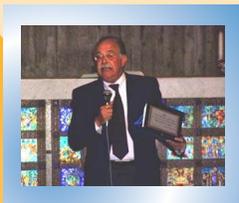
In alcuni casi di sicura diagnosi e particolarmente impegnativi per la famiglia è stato proposta la tonsillectomia (*Linae Guida sull'appropriatezza dell'adeinodo-tonsillectomia*).

Come supportare l'ipotesi diagnostica? Laboratorio di Genetica Molecolare de: Ist. Gaslini ([www.genmol.unige.it](http://www.genmol.unige.it)), San Giovanni Rotondo ([zelante@operapadrepio.it](mailto:zelante@operapadrepio.it)); Dipartimento MI Az. Osp. BMM Reggio Calabria (tel. 0965 397274); Un. Sacro Cuore Roma (06 30154927).

Tab. 1- Principali Febbri Periodiche Genetiche

Malattia	Gene	Cromosoma	Proteina
FMF	MEFV	16p13	Pirina
Iper IgD	MVK	12q24	Mevalonatochinasi
TRAPS	TNFRSF 1A	12p13	Recettore 1 TNF
FCAS	CIAS1/NALP3	1q44	Criopirina
MWS	CIAS1/NALP3	1q44	Criopirina
CINCA/NOMID	CIAS1/NALP3	1q44	Criopirina

Considerarlo una garanzia giuridica per il medico è un mero procedimento riduttivo per una prassi che è da ritenersi rivoluzionaria rispetto ad una storica concezione del rapporto medico-paziente fondata sul paternalismo, laddove riconosceva il medico come depositario di verità assolute nei confronti del paziente, a cui veniva negata ogni capacità decisionale o interlocutoria su ciò che riguardava la sua stessa vita.



# Il Consenso Informato

*“Nulla iniuria est, quae in volentem fiat”*

di Alberto Fischer

Non poche volte si può osservare come la prassi del Consenso Informato (CI) viene burocraticamente banalizzata dalla brusca richiesta fatta al paziente di firmare un foglio in cui sono enumerate in maniera generica, e non sempre comprensibile, tutta una serie di problematiche inerenti la patologia di cui è affetto lo stesso paziente e che motiva la sua richiesta d'intervento medico. Facendo ciò si creano i presupposti per mantenere ancora oggi quella posizione paternalistica che caratterizzava storicamente il rapporto medico-paziente fino agli albori del '900, svalutando invece il concetto fondante della nuova alleanza che sta alla base del CI, dove



il paziente assume una nuova identità e dignità, che lo rende sempre più consapevole dei propri diritti e del rispetto riservatogli, attraverso una comunicazione bidirezio-

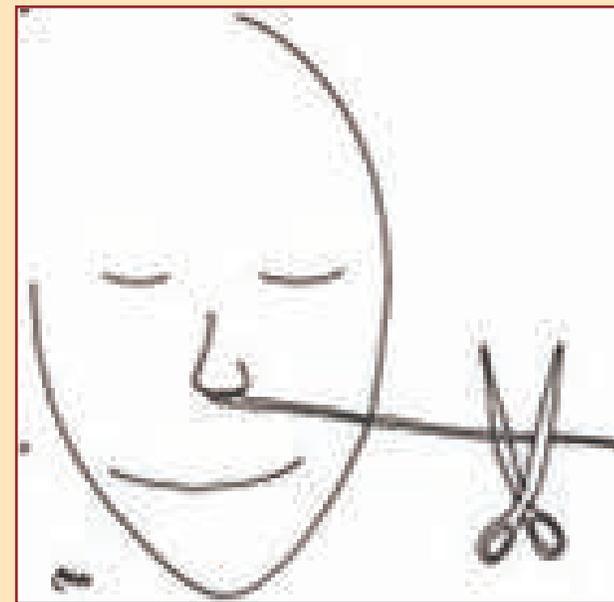
nale, paritetica, in cui il suo stato di sofferenza non lo costringa a essere e sentirsi minoritario e indifeso nei confronti di chi tecnicamente si possa trovare in una posizione di superiorità.

Il CI rappresenta l'accettazione che il paziente esprime ad un trattamento sanitario, in maniera libera, non mediata, dopo esser stato informato sulle modalità di esecuzione, i benefici, gli effetti collaterali, ed i rischi ragionevolmente prevedibili, l'esistenza di valide alternative terapeutiche e della concreta situazione delle strutture.

La bidirezionalità del rapporto sta proprio nelle due fasi di questo processo: una (medico) rappresentata dal processo informativo (chiaro, comprensibile, completo) e l'altra (paziente) dall'accettazione (consenso), senza la quale ultima viene negato al medico la liceità del suo intervento. E' proprio questa capacità di decidere sulla propria vita che viene offerta col CI al singolo individuo in grado di intendere e volere e che viene riconosciuta dalla nostra Costituzione con l'art.13 (*la libertà personale è inviolabile*), ma soprattutto con l'art.32 (*nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana*).

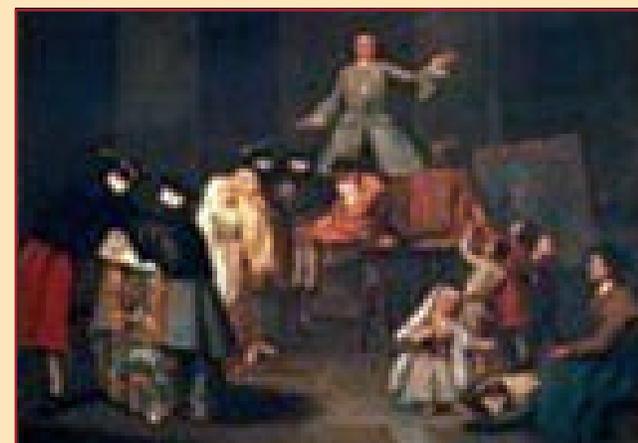
Solo quindi le disposizioni di legge possono intaccare questo diritto ed il medico non può in nessun modo violare questo diritto se non ricorrendo all'Autorità Giudiziaria, nel caso sia riconosciuto, di fronte ad un netto dissenso del paziente, l'inderogabilità di un intervento da cui deriva un sicuro beneficio al paziente (si pensi ai Testimoni di Geova per specifici trattamenti salvavita). Ma quando il paziente non è in grado d'intendere e volere, ovvero non è dato conoscere l'intendimento del paziente che richiede cure necessarie (o che si pensi possa rifiutare cure ritenute necessarie)? Si pensi per un attimo al neonato, al bambino, a chi ha disabilità mentali, e soprattutto quanto la cronaca recente ci riporta sui casi di stato vegetativo permanente (il caso Englaro per tutti). Qui la sfera etica da cui genera il CI si dilata a tal punto da entrare in conflitto o semplice contraddizione con quella giuridica e, spesso, anche politica.

Oggi è ancora attivo il dibattito politico-etico-religioso sull'indisponibilità della vita umana che coinvolge vari aspetti dell'assistenza sanitaria (terapie palliative, accanimento terapeutico, nutrizione forzata come trattamento o sostentamento, dichiarazione anticipata di trattamento, eutanasia), soprattutto in riferimento a situazioni in cui



non è chiara la volontà dell'individuo, e per il cui approfondimento non potrebbero bastare tutti i numeri annuali di questo periodico.

E' opportuno ricordare comunque, che la storia del CI è relativamente recente, e come questo importante momento di rispetto dell'individuo si genera nell'ambito della sperimentazione clinica agli inizi del '900, diffondendosi nell'ambito dei rapporti medico-paziente solo attraverso le enunciazioni della Congregazione Cattolica, del Codice di Deontologia Medica e del Comitato Nazionale di Bioetica, mentre ancora non ha ricevuto una sua strutturazione giuridica, al di fuori di storiche sentenze nella giurisdizione USA (*caso Nancy Cruzan*), britannica (*caso Tony Bland*) e italiana (*caso Eluana Englaro*).



Molta strada v'è da fare ancora su un tema difficile quale il rispetto globale dell'individuo al di sopra di ogni condizionamento etico, sanitario, religioso, politico e sociale, ma certamente il CI rappresenta un grosso passo avanti ed un punto di riferimento che non va assolutamente banalizzato.

## Pillole di... neonatalogia

# IL PEDIATRA DI FAMIGLIA, IL NEONATO PREMATURO ED IL FOLLOW UP DOPO LA DIMISSIONE: ASPETTI AUDIOLOGICI



di Francesco Privitera

*In circa 1-2% di tutti i neonati sono presenti difetti uditivi, dei quali il 40% circa ha una base genetica ed il 25% ha una causa documentabile. Nei prematuri la prevalenza è invece di 2-4%, cioè circa 10-20 volte superiore. Va da sé quanto sia importante un follow-up in questi soggetti!*

La funzione uditiva comincia tra la 26<sup>a</sup> e la 27<sup>a</sup> sett. di gestazione, il cui primo pattern sensoriale è la capacità di ricevere sensazioni vibratili che sono recepite esclusivamente dal tronco cerebrale. Infatti a partire da questo periodo, sensazioni uditive possono indurre nel feto modificazioni dell'attività cardiaca, del tasso di ossigenazione e dell'attività motoria. Una più completa attività uditiva si riscontra a partire dalla 32<sup>a</sup> sett. di gestazione, momento in cui si registrano collegamenti corticali che sono espressione di una percezione cosciente. Come si è detto i prematuri hanno una più alta percentuale di ipoacusie rispetto ai neonati a termine, per cui soprattutto per loro, si impone uno screening audiologico (si pensa comunque di eseguire uno screening audiologico universale), in quanto una diagnosi tardiva determina disturbi del linguaggio con possibili deficit cognitivi e comportamentali. Il periodo di massima plasticità cerebrale, entro il quale è opportuno instaurare un trattamento protesico-riabilitativo nel caso di sordità congenita, è

stimato entro i 12 mesi di età ed attualmente si ritiene ottimale entro i 6 mesi. A tutt'oggi non è raro che le diagnosi vengono fatte tra i 24 e i 30 mesi di vita e questo succede sia perché il bambino mette in atto strategie di attenzione tali da riuscire a rispondere a stimoli sonori pur non sentendoli, sia perché compensa visivamente, sia per la presenza di lallazione e balbettio, ma anche perché esistono le ipoacusie ad insorgenza tardiva.

Le metodiche più usate per screenare i neonati sono la registrazione delle Transient Evoked OtoAcoustic Emission (TEOAE) ed i Potenziali Evocati Uditivi del Tronco Cerebrale Automatici (AABR). Le prime sfruttano il fatto che le cellule cigliate esterne della coclea emettono un "rumore" di ritorno ad un stimolo acustico. Pertanto si inserisce una sonda (fig. 1) nel condotto uditivo esterno attraverso la quale si inviano dei "click" e si registra la risposta tramite un microfono miniaturizzato posto nella

tomatiche sono un buona procedura di screening sia per i bassi costi, sia per la semplicità di esecuzione (dà solo due risultati: PASS cioè quando le OAE sono presenti e REFER quando sono assenti) e sia per la rapidità di esecuzione (1-4 min). I limiti sono: a) maggiori percentuali di REFER alle dimissioni, quindi più bambini entrano nel follow-up; b) la registrazione è ostacolata da secrezioni nel condotto uditivo esterno, c) non consentono di individuare tutte le sordità (anche se le retrococleari sono rarissime); d) sono relativamente sensibili all'ambiente, quindi devono essere eseguite in locali tranquilli.

La registrazione automatica dei potenziali evocati acustici AABR (Automatic Auditory Brainstem Responses), è stata di recente introdotta ad integrazione delle otoemissioni, nelle apparecchiature di ultima generazione. È una metodica automatica di valutazione della presenza/assenza dell'onda V la cui risposta è di tipo PASS (su-

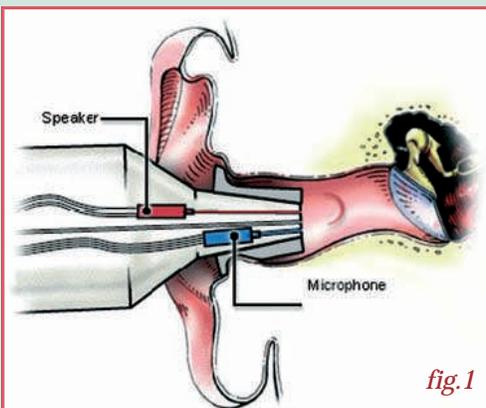


fig.1

perato)/REFER (non superato). Nei neonati a rischio questo viene considerato il vero metodo di screening (fig.2) in quanto non farebbe sfuggire la quota, che in questi soggetti è maggiore, di sordità neurosen-

test più lunga (10-20 min.); c) stato di veglia quieta o di sonno; d) qualche falso positivo (anche se più raro). Poiché ancora non tutte le neonatologie sono in grado di eseguire screening audiologici, soprattutto

a rischio sono elencati nella tab.1.

Il ruolo del pediatra di famiglia nel follow-up del pretermine (anche se ha superato tutti i test di screening uditivi) è sempre importante, in quanto deve riuscire ad individuare quelle ipoacusie sfuggite agli screening e l'insorgere di quelle tardive, mettendo in atto durante le famose visite dei bilanci di salute, tutte le tecniche a sua disposizione: a) anamnesi e b) Audiometria Comportamentale che comprende il BOEL test tra 7 e 10 mesi, il riflesso di orientamento condizionato tra 12 e 30 mesi (si invia un rinforzo visivo solo se il bambino risponde coerentemente allo stimolo sonoro come ad es. la rotazione del capo verso lo stimolo o con un altro comportamento).

MODELLO DI SCREENING PER NEONATI A RISCHIO AUDIOLOGICO

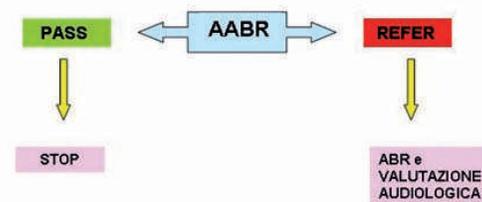


fig.2

per i neonati non a rischio permette di ridurre il numero di falsi positivi. I limiti di tale metodica sono: a) maggior costo; b) durata del

per i neonati a rischio, si consiglia l'esecuzione degli ABR con ricerca di valori soglia all'età di circa 5-6 mesi presso centri di audiologia. I neonati

tab.1

### INDICATORI DI RISCHIO ASSOCIATI AD IPOACUSIA CONGENITA PERMANENTE, AD INSORGENZA TARDIVA O PROGRESSIVA NEI BAMBINI JCIH ( Joint Committee on Infant Hearing) - 2007.

1. Preoccupazione di chi accudisce il bambino su ritardi dell'udito, della parola, del linguaggio, o dello sviluppo;
2. Anamnesi familiare di sordità infantile permanente;
3. Permanenza in UTIN oltre 5 giorni oppure, indipendentemente dalla durata della permanenza, se sono stati sottoposti a: ECMO, ventilazione assistita, farmaci ototossici (gentamicina, tobramicina) o diuretici dell'ansa (furosemide), exanguinotrasfusione per iperbilirubinemia;
4. Infezioni in gravidanza, (CMV, herpes, rosolia, sifilide e toxoplasmosi);
5. Anomalie craniofacciali;
6. Segni clinici, come ad es. il ciuffo bianco, che sono associati a sindromi che comprendono una ipoacusia neurosensoriale o trasmittiva permanente;
7. Sindromi associate ad ipoacusie progressive o tardive, come ad es. neurofibromatosi, osteopetrosi, sindrome di Usher; altre sindromi frequentemente identificate sono: Waardenburg, Alport, Pendred, e Jervell e Lange-Nielson;
8. Disordini neurodegenerativi, come la sindrome di Hunter, o neuropatie sensitivo-motorie, come la atassia di Friedreich e la sindrome di Charcot-Marie-Tooth;
9. Infezioni postnatali con culture positive associate a ipoacusie neurosensoriali, includendo meningiti batteriche e virali (specialmente virus erpetici e zoster);
10. Trauma cranico, soprattutto fratture della base e/o temporali che hanno richiesto ospedalizzazione;
11. Chemioterapia.

*Gli indicatori di rischio segnati con "S" sono più importanti per quanto riguarda l'ipoacusia ad insorgenza tardiva.*

# Parola d'ordine: fluoro!

## 2ª parte

di Sergio Sambataro

Somministrazione di fluoro nel bambino in relazione al contenuto di fluoro nell'acqua bevuta.

**Posologia:** Espressa come ione fluoro (F<sup>-</sup>):  
- Contenuto dell'acqua inferiore a F<sup>-</sup> 300 µg/l (0,3 parti per milione), bambini: fino ai 6 mesi, non somministrare; da 6 mesi a 3 anni, F<sup>-</sup> 250 µg al giorno; 3-6 anni, F<sup>-</sup> 500 µg al giorno; oltre i 6 anni, F<sup>-</sup> 1 mg al giorno.

- Contenuto dell'acqua tra F<sup>-</sup> 300 e 700 µg/l (0,3-0,7 parti per milione), bambini: fino ai 3 anni, non somministrare; 3-6 anni, F<sup>-</sup> 250 µg al giorno; oltre i 6 anni, F<sup>-</sup> 500 µg al giorno.  
- Contenuto dell'acqua superiore a F<sup>-</sup> 700 µg/l (0,7 parti per milione), la supplementazione non è raccomandata.

*Nota: Queste dosi riflettono le raccomandazioni dell'Associazione odontoiatrica britannica, della Società britannica di odontoiatria pediatrica e dell'Associazione britannica per lo studio dell'odontoiatria comunitaria (Br Dent J 1997; 182: 6-7).*

*Le compresse dovrebbero essere succhiate o sciolte in bocca e prese in modo preferibile di sera. I collutori vanno tenuti in bocca per 1 minuto e poi eliminati. Evitare di mangiare, bere o sciacquare la bocca per 15 minuti dopo l'uso.*

**Effetti del fluoro sul dente già formato.** Quando il dente è formato il fluoro favorisce la remineralizzazione dello smalto già lesionato dagli acidi della placca batterica e, particolare non trascurabile, inibisce il metabolismo dei batteri della placca. Applicato sui denti dopo che lo smalto si è formato, con l'uso di dentifrici fluorati per l'igiene orale quotidiana, riduce l'incidenza della carie del 24%. Ciò significa che in chi spazzola i denti utilizzando dentifrici al fluoro sono state riscontrate il 24% in meno di cavità cariose rispetto a chi spazzola i denti senza utilizzare dentifrici al fluoro. I dentifrici fluorati sono pertanto più efficaci nella prevenzione della carie dentaria rispetto ai dentifrici non fluorati purché siano rispettate le seguenti condizioni: il contatto tra il dentifricio e il dente non deve essere troppo fuggevole; il dentifricio deve contenere costantemente il fluoro sotto forma di sale solubile; il tenore di fluoruro sodico, potassico del dentifricio deve risultare sufficientemente elevato

(0,50%).

Il bambino va educato all'igiene orale precocemente, ma al disotto dei 6 anni ha bisogno del controllo di un adulto quando spazzola i denti. Chi supervisiona deve accertarsi che il bambino utilizzi piccole porzioni di dentifricio e che ne inghiotta la minore quantità possibile.

I dentifrici al fluoro sono disponibili in tre concentrazioni. A bassa concentrazione, con meno di 600 ppb; a concentrazione standard, con circa 1000 ppb; ad alta concentrazione, con circa 1500 ppb.

Dall'età di 6 anni, quando i denti anteriori non sono più a rischio di opacità causate dall'ingestione di fluoro si possono usare dentifrici ad alta concentrazione.

Sotto i 6 anni con basso rischio di carie va usato un dentifricio a bassa concentrazione di fluoro, mentre ad alto rischio di carie a media concentrazione.

L'abitudine di lavarsi i denti con i **dentifrici** nella cui formula è contenuto il **fluoro** è benefica in quanto questo minerale penetra gli strati più superficiali dello smalto e si lega agli ioni calcio che formano l'idrossiapatite, ancorandoli insieme, in modo da renderli più resistenti allo sfaldamento da parte degli acidi della placca. Anche chi è cresciuto senza assumere fluoro con acque arricchite può proteggere i propri denti dalla carie spazzolandoli più volte al giorno con paste dentifricie fluorate. Dopo i 6 anni si possono anche effettuare sciacqui giornalieri con un collutorio che contenga almeno lo 0.05% (230 ppm) di fluoro. In questo caso si è visto che la riduzione dell'incidenza della carie raggiunge il 50%.

La fluoroprofilassi topica può effettuarsi anche tramite l'applicazione periodica di gel contenenti fluoruri.

In conclusione, il fluoro introdotto per via sistemica fino ad i sei anni di età riduce in maniera significativa l'incidenza di carie. Seguendo una corretta posologia ed avendo cura di non somministrarlo in eccesso insieme all'assunzione di acque ricche di fluoro non si ha alcun effetto negativo, ma solo il beneficio di rendere i denti più resistenti alla carie. L'applicazione di fluoro sia attraverso i dentifrici che attraverso l'uso di gel professionali remineralizza piccole cavità senza così dover ricorrere all'azione del dentista.

## DI GIAMOCELO...

**F**inalmente!!!  
E' una gioia che possa usare il passato prossimo parlando di H1N1. Non è solo la rilevazione statistica del numero degli accessi al mio ambulatorio, ma è un dato ufficiale: il picco epidemico è ormai superato ed il numero di nuovi casi traccia la discesa della curva sul diagramma.

Le complicanze, vere o presunte, sono state rese note minuto per minuto dai vari notiziari creando, specie in periodo prevaccinale, un panico generalizzato, caotico e, a conti fatti, assai inconcludente. Notiziari martellanti si sono impegnati a dare il bollettino di casi infausti da "probabile" influenza A, con tale allarmistica veemenza da farci sembrare quest'ultima l'unica causa di morte nei mesi di settembre e ottobre. Non sono mancati i pavidi neanche tra i colleghi: c'è chi ha visitato con guanti e mascherina per settimane, costringendo mamme ed informatori all'uso di gel antisettico prima di accedere in ambulatorio ed abolendo, con preavviso a caratteri cubitali, perfino la stretta di mano. Certo che se avessi investito in poche azioni dell'Angelini o della Novartis (*rispettivamente produttrici di Amuchina e di Focetria*) oggi il mio estratto conto avrebbe tutt'altro aspetto...

Appena giunto il vaccino ecco che i media (con il grandissimo contributo dei medici, del ministero della sanità e di tutte le autorità che vi ruotano attorno) hanno provveduto a seminare dubbi, più o meno legittimi, sulla sicurezza ed innocuità dello stesso.

Ancora una volta paure e incertezze, sostenute da un tripudio di messaggi contraddittori e fuorvianti: medici, edotti al pari della mia parrucchiera (ahimé) sulla questione vaccini, che venivano interpellati su quotidiani e televisioni, talk-show in cui ballerine, soubrette, "opinioniisti" e uomini politici erano invitati in qualità di "esperti"(?! per dispensare consigli e comportamenti da adottare circa la nuova influenza. E' pur vero che da sempre, nel nostro paese, tale sconsiderata abitudine è oramai tanto consolidata che improvvisazione e incompetenza sono la regola: se non sai assolutamente nulla di una certa materia ti assegneranno un ministero o, quantomeno, se hai i giusti appoggi, ti nomineranno a capo di una "task force" di esperti.

Ma noi, "*peones*" della pediatria ovvero pediatri di famiglia, non siamo certo i "generali" in questa battaglia contro il virus mediatico ma semplici soldati, la fanteria di prima linea..."carne da macello", insomma: *digiamocelo!*

E il tentativo di "farci a fettine" si è infatti, inevitabilmente, consumato: sono stati due mesi

di autentico coprifuoco! (non è casuale la metafora bellica: un assedio militare non avrebbe potuto essere più pressante!).

Gli ambulatori erano straripanti (50- 60 accessi giornalieri ed un numero incalcolabile di telefonate) poichè alla solita routine si aggiungevano i malati di paura ed i malati d'influenza. Meno male che non tutti i consigli di Topo Gigio sono andati a segno! «Non recatevi in pronto soccorso» - e va bene ... ma - «restate a casa e chiamate il medico di famiglia (per una sottintesa domiciliare)» - questo è troppo!

L'utenza, seppure a tratti esageratamente impaurita, ha nei fatti dimostrato più buon senso di quanto non ci si aspettasse (e non si consigliasse). Non mi è capitato, ad onore del vero, di dover fronteggiare anche richieste improprie di domiciliari. Considerata l'eccezionalità del momento ho avuto la piacevole sorpresa di avere, per quanto possibile, genitori collaboranti e, grazie al "passa-parola" (il veicolo più rapido d'informazioni nei piccoli centri), molti hanno saputo come gestire senza panico i primi 2-3 giorni di febbre. Ciononostante, tra counselling telefonico e visite, si sono sostenuti ritmi di lavoro veramente straordinari per questo periodo dell'anno. Ho pensato, come molti di noi, che le prime vittime dell'H1N1 sarebbero stati, indirettamente, proprio i pediatri di famiglia: vittime non di influenza, ovviamente, ma di sindrome da stress (ben conosciuta e, certamente, più severa dell'ondata epidemica appena superata).

Ognuno di noi, secondo le proprie capacità, ha messo in atto le migliori strategie organizzative possibili. Chi dispensava opuscoli e fotocopie, altri tappezzavano le sale d'attesa con decaloghi e linee guida, i più tecnologici suggerivano siti internet (laddove non disponessero di un proprio spazio sul web) o registravano "messaggi educativi" in segreteria telefonica.

Su tutti, per arguzia e capacità di sintesi, il collega che dinanzi alla porta del suo ambulatorio ha esposto il seguente cartello: "*L'unica maniera per combattere l'influenza A è spegnere la televisione*".





La disponibilità di Carlo Minetti, professore associato di neurologia pediatrica presso la clinica pediatrica di Genova, ci ha permesso di affrontare una patologia che spesso trascuriamo o dimentichiamo, la Distrofia Muscolare, la sua evoluzione ma anche le prospettive terapeutiche. (a.g.)

*A. Gulino: Prof. Minetti che novità ci sono negli ultimi 5 anni sulle distrofie muscolari?*

C. Minetti: Le novità sono soprattutto nell'ambito della diagnostica con la "scoperta" di nuove proteine localizzate nel citoscheletro che enzimi calcio dipendenti (per esempio la calpaina 3) che regola la contrazione del sarcomero muscolare. In pratica si sta riducendo la quota delle iperCKemia asintomatiche che non trovavano un inquadramento biotico o molecolare. Per la terapia, pur avendo tanti filoni sperimentali, siamo ancora lontani da una possibilità praticabile per la risoluzione del decorso progressivo tipico di tutte le distrofie muscolari.

*A. Gulino: In pratica il sillogismo distrofia muscolare uguale a sedia a rotelle è verosimile?*

C. Minetti: Per la distrofia muscolare di Duchenne purtroppo si nel senso che un paziente a cui viene diagnosticata tale forma perde irrimediabilmente la deambulazione entro i 10 anni mentre per la forma di Becker il decorso è strettamente correlabile alla quota di proteina carente.

In pratica diagnosticiamo pazienti ultrasessantenni deambulanti con sintomatologia sfumata o minima con un deficit di distrofina del 10-15%.

*A. Gulino: Quindi comunicare la diagnosi di distrofia muscolare non implica necessariamente il termine di progressione clinica.*

C. Minetti: Si in effetti il termine è stato coniato per la forma più comune che colpisce 1 su 3000 nati maschi vivi e il termine distrofia muscolare indica una degenerazione progressiva del tessuto muscolare scheletrico ma proprio negli ultimi anni sappiamo che forme di distrofia muscolare non implicano necessariamente la progressione clinica.

*A. Gulino: Un anno fa è stato proiettato un video su una rete nazionale in cui si faceva vedere un cane distrofico che dopo terapia con cellule staminali*



*riprendeva a camminare regolarmente. A che punto è la sperimentazione in atto?*

C. Minetti: La terapia che ha cominciato a sperimentare il Prof. Giulio Cossu di Milano si basava sulla capacità che avevano le cellule totipotenti di sintetizzare la distrofina, la proteina carente. In effetti la sintesi avviene il problema è che dopo un periodo di poche settimane decade inesorabilmente perdendo quindi la sua potenzialità benefica.

*A. Gulino: Le malattie neuromuscolari hanno beneficiato solo di un approfondimento diagnostico?*

C. Minetti: Non solo perché molto si è fatto per il miglioramento della qualità della vita. Da questo punto di vista le tecniche di ventilazione non invasive hanno allungato le curve di sopravvivenza e hanno notevolmente diminuito le complicanze respiratorie.

*A. Gulino: Come si possono ridurre le complicanze respiratorie nei soggetti affetti da insufficienza respiratoria cronica secondaria a patologie neuromuscolari?*

C. Minetti: Molto ha fatto l'introduzione del nuovo apparecchio denominato in-exsufiator o macchina della tosse che ha ricreato artificialmente il meccanismo della tosse e quindi la capacità di espellere le secrezioni che erano responsabili delle vere complicanze respiratorie.

*A. Gulino: Il pediatra durante una visita di controllo routinaria su cosa deve indirizzare la propria attenzione nell'escludere o confermare una malattia neuromuscolare?*

C. Minetti: I dati clinici sono il tono muscolare, il trofismo e la forza muscolare. Io sinceramente sono convinto che è sufficiente osservare il bambino di 4 anni che si rialza senza aiuto da terra per escludere una debolezza prossimale del cingolo pelvico che è il primo distretto muscolare ad essere coinvolto. Ma bisogna dare anche molta importanza ai segni che io definisco "dinamici" cioè alla stanchezza, intolleranza all'esercizio fisico, crampi muscolari che insorgono dopo qualsiasi attività sportiva.

*A. Gulino: L'aumento della CKemia nel siero come deve essere interpretata dal pediatra?*

C. Minetti: La cosiddetta iperCKemia tanto temuta dai pediatri e dalle famiglie è da attenzionare quando l'aumento dell'enzima è estremamente elevato con valori 20-5' volte la norma e si associa a segni chiari di debolezza muscolare.

Se l'iperCKemia è lieve (definita borderline) e si associa a segni di coinvolgimento periferico (ipostenia o ipotonia) si deve procedere all'esecuzione della biopsia muscolare che a tutt'oggi rimane l'unico esame che ci permette di fare diagnosi di patologia neuromuscolare.



di Antonino Gulino

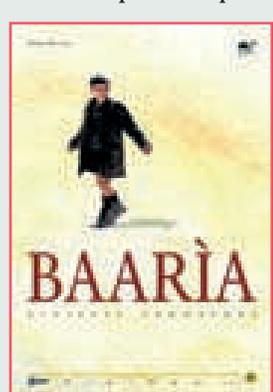
## Baaria

Regia: Giuseppe Tornatore

Confesso mi piace il cinema di Tornatore, la sua capacità di raccontare storie, di riscoprire il fascino del melodramma, di dare immagini ai nostri ricordi, ma ancora di più di fare della nostra terra, la Sicilia, un luogo mitico "dove tutto può accadere o forse è già accaduto". In questo ultimo film, Baaria, l'autore attraverso le vicende di una famiglia siciliana, ci racconta 50 anni di Storia italiana. Ci racconta la storia di Cicco, un modesto pecoraio che coltiva la passione per i libri e i poemi cavallereschi, e quella del figlio Peppino, del suo impegno politico, ma soprattutto ci racconta la voglia di riscatto di un popolo oltraggiato ed indifeso.

Baaria è dunque un film politicamente forte, ma certamente non è solo questo, è l'omaggio alla memoria di un mondo che non esiste più, ai ricordi di un'infanzia comune a generazioni di uomini e donne che oggi hanno raggiunto o superato i cinquantanni, ma che hanno ancora ben chiaro il ricordo di una spensieratezza, di una gioia di vivere, di una fantasia che non aveva bisogno di essere stimolata da virtual games.

E' l'omaggio ad un'età, la fanciullezza che ci manca, non solo per ragioni cronologiche, ma perché è il momento della vita in cui tutto deve ancora avvenire, in cui non c'è tempo per voltarsi indietro, per i rimpianti o per il dolore.



Tornatore ha cercato con suoi stupendi piccoli attori di rappresentare questa voglia assoluta di vivere, la stessa forse che noi pediatri continuiamo a cercare negli sguardi innocenti dei nostri bambini.

## recensioni



Non si incontravano mai il libro del papà e della bambina  
testi di Mauro Morgarli  
illustrazioni di Claudia Carieri  
Ed. Topipittori - € 14,00



Se io fossi te di Richard Hamilton  
illustrazioni di Babette Cole  
Ed. Il castoro bambini  
€ 12,50

di Giusi Germenia

A quei papà che, ansiosi al pari o talvolta più delle mamme, si fondono negli studi pediatrici con i loro piccoli, ed a tutti i papà effettivamente attenti, impegnati, consapevoli del loro ruolo parentale indispensabile, sono dedicati questi due albi illustrati. In "Non si incontravano mai: il libro del papà e della bambina" (Topipittori € 14,00) gli autori analizzano la condizione che vive un padre nel non riuscire ad incontrare neanche metaforicamente la propria piccola, situazione descritta con un doppio testo: a parole mediante microstorie significative e in contrappunto con illustrazioni chiarificatrici tutte dirette ai piccoli per evidenziare morfologicamente solo alcune parole e catturare l'attenzione viva e curiosa di un bambino. Il tentativo di incontro impone riflessioni e approfondimenti:

sembra tutto facile ma in effetti il "terreno comune" è una conquista che richiede semplicemente l'abbassamento delle più ovvie barriere.

Basato più sul piano del gioco è "Se io fossi te" (Il castoro, € 12,50): se papà e bambina si scambiano i ruoli si modificano notevolmente i punti di vista e la finzione è bella finché ciascuno rimane quel che è, a vivere nella realtà il proprio tempo e le proprie incombenze. Le illustrazioni seguono il testo in rima e a g g i u n g o n o all'ironia delle piccole situazioni, il tocco comico di espressioni, moventi e caricature che inducono al sorriso. Protagonista in entrambi gli albi la complice simbiosi di un papà e di una bambina che richiede energeticamente una lettura condivisa in un tempo condiviso, consapevolmente, da entrambi i soggetti.

## Favola

# I pirati sono arrivati

di Sergio Mangiameli

In un pomeriggio d'autunno, Capitanuncino arrivò nella Piazza dei Coragni di Trecatari.

Ana, una bambina coi capelli azzurri e gli occhi biondi, tirò le levette dei freni della sua bici rossa che si chiamava come un cavallo, piantò i piedi per terra e rimase incantata. "Uau! E' la nave di Capitanuncino. E' proprio luiiii!" Il vascello buttò l'ancora, che s'incagliò tra i rami dei tigli, e Ana cominciò a strillare: "I pirati! Sono i pirati di Capitanuncino! Evviva!".

Era ferma nel centro della piazza, con le gambe ben ritte che bloccavano la bici dal nome di un cavallo. L'indice della sua mano destra sparava sulla bandiera nera, che sventolava in alto. "I pirati, i pirati... adesso scendono, arrivano! Arrivanooo!".

Ana gridò a squarciagola, tanto che Perpe, il farmacista glabro, lasciò il bancone e accorse fuori. Lui, che conosceva Ana, la raggiunse e si fermò accanto a lei. Rimase in piedi, con le mani ficcate nelle tasche del camice. Il sole non era distante dal tramonto e il vento alzava le piume dei coragni, che beccavano in cerca di molliche. In quella piazza, c'erano precisamente "millequarantaquindici coragni", asseriva Ana. Marroni e bianchi, grigi, grigi e bianchi, bianchi, bianchi e marroni... "ma scusa, Ana, non è uguale dire bianchi e marroni piuttosto che marroni e bianchi?".

"No che non è uguale, testa di rapa. Bianchi e marr.. bianchi e m... bianchi e marroni vuol dire che... che mm.. che le parti bianche sono più grandi di quelle di quelle marroni".

"Ah! E dunque, quando dici coragno marrone e bianco, vuol dire che quell'uccello ha le parti marroni più grandi di quelle bianche".

"Già".  
Ana si accorse di Perpe, ma non lo guardò. Fissava la nave che ondeggiava al vento, due metri sopra il secondoiglio. E aspettava in silenzio.

"Che succede, Ana?", chiese Perpe, serio, con gli occhi strizzati e le mani sempre ficcate nelle tasche del camice.

"Capitanuncino è arrivato", disse secca.  
"Uhhh... e da dove viene?"

Ana si voltò sorpresa. Come faceva uno come Perpe a chiedersi da dove viene Capitanuncino. Capitanuncino - tutti lo sanno - vive nella sua isola, l'Isola, mezz'ora a sud di Capo Delfini. Lui sta nel castello rosso, su in alto tra i capperi e le pale dei fichidindia, e ogni tanto si affaccia e saluta, e ogni tanto gli scappa qualche cannone. Ma non lo fa per cattiveria. E' solo stressato, sempre messo alla prova, perché giù, nella casetta a dieci metri dall'approdo, a dieci metri da quel mare dove si pescano ricci grossissimi e occhi di bue enormi, si diverte Piterpàn. A far impazzire, appunto, Capitanuncino con interminabili trucchi.

Nell'Isola, ci stanno loro due, più alcuni bambini che però non si sono mai visti, più esattamente "millequarantadiciotto" lucertole dalla coda gialla, che guardano e ridono al sole.

Dunque, Ana non rispose a Perpe. E tornò a guardare la nave, che si muoveva al vento.  
Rimasero fermi, tutti e due. Mani in tasca e occhi strizzati, l'uno. Gambe ritte e petto in fuori, l'altra.

"Che aspettano a scendere?", domandò Perpe.  
"Aspettano che la luna esce da dietro la nuvola".

"Esca", corresse Perpe.

"Esca?"

"Esca. Congiuntivo".

"Ah, già. Esca".

In quell'istante passò vicino a loro un grosso cane da slitta con l'imbracatura, che guardò perplessamente la strana espressione di Perpe, col mento stretto e le labbra arriacciate.

Voltandosi verso il suo compagno uomo, il cane sussurrò - come solo i cani da slitta sanno fare: "Sembra che quel tipo voglia baciare il vento". Poi voltò il proprio testone verso la luna, che si stava scrollando di dosso la nuvola - perché i cani da slitta sentono che c'è la luna in cielo anche se è coperta dalle nuvole, e aspettano. Sono un po' come i lupi: guardano la luna per capire, e forse anche per sognare.

Il cane da slitta, dunque, si fermò vicino a loro, a guardare e forse a sognare. Salutò pure la bici, discretamente: "ciao Spirit". Fin quando Ana, sempre con lo sguardo fisso al vascello, cominciò a battere le mani. Perpe allungò il collo, quasi chiudendo del tutto gli occhi.

"Eccoli, i pirati! Ecco Capitanuncino!"  
Con un balzo, la ciurma fu sulla chioma deliglio, poi sul lampione e poi qualcuno di loro gettò una corda dall'altra parte della strada, su un balcone. I pirati s'arrampicarono per la grondaia, arrivarono ai tetti e da lì fu un gioco da ragazzi. Presero la luna bianca e con un colpo netto, la tagliarono precisamente a metà.

"Ben fatto, miei prodi!", urlò Capitanuncino.  
"E adesso, si salpa. Issate l'ancora! Viaaa".

Perpe sgranò gli occhi, e gli scappò un piccolo urlo: "La luna a metà!".

"Già", disse Ana, senza scomporsi.

"Uu-u!", mugugnò il cane da slitta, agitando la coda bianca.

"Capitanuncino è un gran... un gran signore. E' venuto qui e ha preso... lui ha preso mezza luna per portarla ai pescespada e ai saraghi, che non l'hanno mai avuta, così anche loro possono sognare e innamorarsi. Perché loro... loro, i pescespada e i saraghi, tutti li pescano e nessuno pensa a loro. Ma lui sì".

Perpe tirò fuori le mani dalle tasche e applaudì, guardando la scia di schiuma nel cielo. Ana era già dieci metri più avanti, che pedalava tra i coragni che si scansavano con quel buffo movimento del collo in avanti a ogni passo. E il cane da slitta - come solo i cani da slitta sanno fare - tornò dal suo amico uomo e gli sussurrò a un orecchio: "Quel tipo senza pelo in testa, oggi ha baciato il vento. Uu-u!".

## Emergenza pandemia: per chi non ha capito un H1-N1

di Filippo Di Forti

Per una volta, voglio dedicare la mia rubrica ad un argomento diverso da quello allergologico, pertanto colgo l'occasione per emulare la mia vicina di pagina, ovvero Maria Libranti, la quale, nel suo "digiamocelo", non ha saputo resistere alla ghiotta occasione costituita dalla pandemia di H1-N1.

Non me ne vogliate, ma l'occasione per fare alcune osservazioni è ghiotta anche per me, ma a scanso di equivoci e per quanto possa valere la mia opinione, voglio informare il gentile lettore, che sono assolutamente, culturalmente, educacionalmente e normativamente pro-vaccinazioni.

La perplessità, che pervade la mia coscienza, così come immagino le vostre, è la apparente scientifica cadenza con cui si presentano le pandemie, vuoi la SARS, l'avaiaria, l'ebola, mucca pazza ed ultima la suina.

Ho constatato che la ahimè pandemica presenza di pandemie sta suscitando, nell'uomo della strada, una progressiva ed inquietante immunizzazione passiva nei confronti di tali notizie, evocando un meccanismo inconscio di diffidenza e di sufficienza nei confronti delle medesime.

Il rischio, che eventi pandemici vengano considerati dei "simil-eventi di guerra" e vengano ormai sempre più relegati a possibili scoop giornalistici, è concreto. L'apparire di un sempre più inquietante "grande fratello" mediatico di notizie ed opinioni contrastanti, pare sia la regola, la triste regola.

E' ormai da troppo tempo che, oltre all'uomo della strada, ovvero il pediatra della strada, quello che, nelle mie prime acerbe edizioni dell' *Allergonauta*, immaginavo seduto in strada a prendere il Cynar, è bersagliato da linee guida, linee guida delle

linee guida, studi multicentrici, policentrici, concentrici, eccentrici ed egocentrici, media e multimedia mediamente mediocri, ansie, stress, circolari, editti e processi sommari

L'evento nuovo e "liberatorio", è stato una sorta di rivoluzione silenziosa delle coscienze di ognuno di noi, pediatri di frontiera, pediatri che visitano quotidianamente decine e decine di bambini, pediatri che non vivono nei piani alti della scienza, ma che nei pianterreni del territorio oltre che dallo studio, acquisiscono la scienza e coscienza "del fare", pediatri che rivendicano una voglia di sapere, di conoscere, di capire il perché di interventi terapeutici mediaticamente indotti, ma metabolicamente non assimilati.

Medici che devono capire il perché di certi eventi, col confronto e col dibattito, per godere di quel frutto della riflessione e del ragionamento di cui devono avvalersi e ispirarsi nella quotidianità della propria attività. Ecco perché in molti hanno detto no all'H1N1.

Problemi come squalene, thiomersal vengono prepotentemente alla ribalta con un pullulare mediatico di notizie e pubblicazioni scientifiche, che facendosi scudo di frasi del tipo "a tutt'oggi non esistono studi che dimostrano la presenza di effetti dannosi sulla salute della sostanza XW..." p.es., dovrebbero tranquillizzare il pediatra della strada, ormai ubriaco di Cynar.

Tralasciando l'ormai ovvia considerazione che, a queste conclusioni, arrivano sempre lavori più o meno malcelanti casuali interessi sull'argomento, sorge spontanea la domanda: ma chi ha realmente voglia di effettuare

un libero studio, che tenda soprattutto a dimostrare il contrario? chi avrebbe interesse a finanziare il medesimo? Ed in



ogni caso, voglio capire, come mai l'assenza o quantomeno la limitatezza di uno studio, che dimostri il contrario di un ipotetico dato scientifico, possa mai autorizzarmi ad avvalermi di esso? In poche parole, perché utilizzare una sostanza in attesa che venga dimostrata, con ragionevole certezza, la sicurezza e non viceversa?

Per noi pediatri della strada che, ormai ebbri e barcollanti di Cynar, gironzoliamo confusamente tra le macchine, non bastano le varie rassicurazioni sommarie, abbiamo bisogno di studi che liberamente abbiano ricercato l'assenza di effetti dannosi, ma fino ad ora dati convincenti ed esaurienti, per casistica e modalità, parrebbero non esistere. Esiste uno studio ove Timo Vesikari riporta i benefici effetti dello squalene, come adiuvante del vaccino influenzale, in 130 bambini da 6 a 36 mesi.

La conclusione è stata che l'MF59 è stato ben tollerato nei bambini sani, ad un follow-up eseguito dopo sei mesi dalla terza somministrazione, ma i dati ricercati nel follow-up non sembrerebbero quelli temuti dai più e poi sei mesi sembrano un po' pochini. Però, con un nome così immunocompetente come "Timo" possiamo star sicuri".

Ma analizziamo la gravità della malattia. Citando letteralmente i dati della sorveglianza di Influnet, il bollettino è il seguente: i nuovi casi stimati delle sindromi influenzali nella 50° settimana sono 132.000, per un totale di 3.777.000 casi a partire dall'inizio della sorveglianza Influnet (43° settimana: 19-25 ottobre) • il valore dell'incidenza totale delle sindromi influenzali è pari a 2,20 casi per mille assistiti, in flessione rispetto al valore osservato nella settimana precedente (3,78 casi per mille assistiti) • la fascia di età più colpita è sempre quella pediatrica (0-14 anni), con un'incidenza pari a 5,10 casi per mille assistiti (6,62 per mille nella fascia dei bambini più piccoli di 0-4 anni e 4,32 per mille nella fascia 5-14 anni). Si osserva un calo dell'incidenza in ogni classe d'età, anche se più marcato nelle fasce pediatriche in cui l'incidenza si è quasi dimezzata.

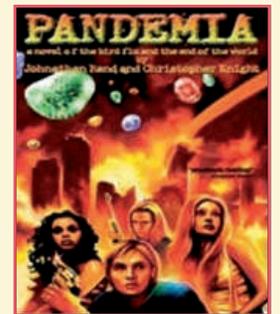
Ora analizziamo i dati sui decessi:

• nell'ultima settimana (7-13 dicembre) si sono verificati 17 decessi dovuti all'influenza A/H1N1, per un totale di 163 decessi dall'inizio dell'epidemia. Di questi, il 40% erano donne • le fasce di età più colpite sono quella tra i 15 e i 44 anni (37% dei decessi) e quella tra i 45 e i 64 anni (31,5%) • la Regione più colpita è la Campania con il 27,6% di tutti i decessi. Seguono poi Puglia (15,3%), Lombardia e Calabria (entrambe 7,4%) e Piemonte, Emilia-Romagna, Lazio e Sicilia con il 6% circa di decessi ciascuna. Tre Regioni/P.A. (Valle d'Aosta, Trento e Sardegna) non hanno segnalato alcun decesso • l'83% dei decessi è avvenuto in persone che presentavano almeno una condizione di rischio precedente. La distribuzione dei decessi per fascia di età indica che il 6,2% dei decessi è avvenuto in bambini e ragazzi sotto i 14 anni, mentre il 25,3% in adulti oltre i 65 anni di età. Le fasce di età più colpite sono, infatti, quella tra i 15 e i 44 anni (37% dei decessi) e quella tra i 45 e i 64 anni (31,5%).

Chiedendo perdono per un eventuale, involontario, cinismo, gradirei sapere quale posto in classifica, di una ipotetica graduatoria di cause di decessi, avrebbe l'H1-N1 e... quali posizioni avrebbero le malattie cardiovascolari, l'asma, tumori, AIDS etc etc...!

Concludendo: è dimostrato che lo squalene può dare artrite nel ratto, ma mancano prove evidenti nell'uomo. Penso che, a questo punto, sia meglio quindi vaccinare tanti umani, per vederne gli effetti, a tal guisa suggerirei di reclutare ebrei di comprovata origine dinastica, oppure immigrati rigorosamente di colore, sono i più sicuri e poi non protestano, non potranno lavare i vetri ai semafori, per i dolori articolari, ma questo potrebbe essere un dato per noi confortante.

l'FDA ha dichiarato che lo squalene potrà essere utilizzato solo in condizioni di emergenza.



# Porfiria acuta intermittente:

una patologia subdola che determina un coinvolgimento neurologico

Casi da ricordare...

di Raffaele Falsaperla

Le Porfirie (PO) rappresentano un gruppo eterogeneo di patologie genetiche multisistemiche caratterizzate da una alterazione della biosintesi dell'eme. I segni neurologici principali sono l'encefalopatia e la neuropatia periferica che possono precedere o seguire la sintomatologia tipicamente intestinale.

Riportiamo il caso di una ragazzina di 13 anni ricoverata presso la nostra U.O. per dolore addominale riferito al fianco e fossa iliaca dx che perdurava da più di un mese. Per la persistenza della sintomatologia dolorosa si procedeva a laparoscopia che mostrava solo lievi e aspecifici segni di flogosi peritoneale e durante la procedura veniva asportata l'appendice. Dopo due mesi di completo benessere la ragazza è stata ricoverata nuovamente presso il nostro reparto perché da una settimana presentava dolore sta-

volta riferito al fianco ed alla fossa iliaca sin e, dall'altro lato, alla coscia dx.

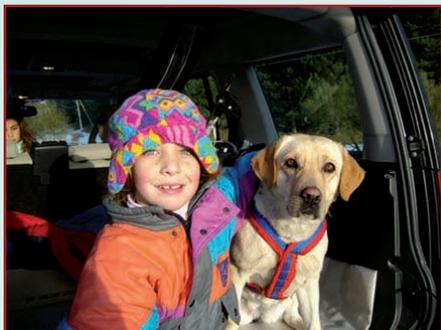
All'esame obiettivo il dolore è sempre continuo con esacerbazioni diurne, resistente ai FANS, costringendo a letto la paziente impedendone la deambulazione e non si accompagna a vomito o alterazioni dell'alvo. Gli esami ematochimici di routine, gli autoanticorpi (ANA, ASMA, AMA, LAC), anticorpi anti-fosfolipidi, studio genetico della coagulazione, AT III, D-dimero ed Omocisteinemia erano nella norma. L'esame delle urine ha evidenziato un'elevata escrezione di porfobilinogeno.

Dopo 48 ore per la presenza di una cefalea ingravescente veniva eseguita una RM encefalo che mostrava assenza di segnale di flusso a carico della parte distale del seno trasverso, del seno sigmoideo e del golfo della giugulare dal lato in rapporto a trombosi. Dopo terapia con enoxeparina la sintomatologia neurologica è regredita nel corso di una settimana e il controllo RMN dopo 30 gg mostrava una ricanalizzazione del

flusso cerebrale.

Un'elevata escrezione di porfirine può determinare sintomi tipicamente neurologici. L'attacco acuto di PO usualmente consiste nella presenza di dolore addominale, debolezza agli arti, vomito, stipsi, alterazioni cutanee, tachicardia e disturbi psichiatrici tipo depressione o psicosi. La patogenesi del coinvolgimento neurologico nelle PO rimane ancora non chiara e varia dal possibile effetto neurotossico delle porfirie, alla deplezione di cofattori derivanti dalla biosintesi dell'eme, alla terapia vascolare. Sulla reversibilità delle lesioni neurologiche King ha riportato anomalie cerebrali vascolari reversibili confermate alla RMN e Aggarwall ha descritto alterazioni corticali transitorie.

Diversi sono gli spunti di riflessioni dall'esame di questo caso clinico: dalla diagnosi di Porfiria erroneamente etichettata come appendicite ai sintomi neurologici della patologia. Il Sistema Nervoso può essere coinvolto sia quello Centrale (anomalie vascolari) sia quello Periferico come danno assonale e/o mielinico. Inoltre da considerare la reversibilità del danno neurologico confermando la genesi vascolare nella Porfiria acuta intermittente.



Poesia

# Dedicata a Catania

di Marisa Tuberti

*Amo questa città  
il modulare ritmico  
dell'onda  
la fonte incandescente  
del vulcano  
regale ora  
nel suo bianco mantello.*

*Amo l'ironia sottile  
la battuta improvvisa  
dei suoi figli  
che mi sorprende  
e mi suscita il sorriso.*

*Amo le piazze e le vie  
illuminate  
dagli sguardi vivi  
il brusio delle strade  
alveari di gente  
laboriosa  
i mercati policromi  
dove l'esortazione vivace  
m'induce a comprare*

*anche l'assurdo.  
Emiliana "sugnu"  
ma ho radici anche qui  
dove il mio piccolo albero  
per amore è fiorito  
e ha dato il primo frutto  
mentre all'alba  
i miei occhi  
accoglievano un mare  
di smaglianti colori  
sopra una terrazza  
ad Ognina.*

*Amo Catania  
perchè nel mio cuore  
sento pulsare  
il cuore  
di chi mi vuol bene  
mi fa piangere  
ridere  
vivere in armonia  
e pensare spesso  
che forse sono nata qui.*

## Disturbi della condotta alimentare

di Angelo Milazzo

Si stima che il 25% dei bambini con un normale sviluppo psicofisico ed il 35% dei bambini con problematiche dello sviluppo presentino un problema nel comportamento alimentare.

Già nei primi 15 mesi di vita viene stimata una frequenza del 5-10%, relativa a disturbi significativi.

Tali disturbi rappresentano dimostrati fattori di rischio per lo sviluppo di ulteriori patologie, nelle età successive.

### Disturbi precoci della prima e seconda infanzia

Sono state autorevolmente elaborate classificazioni dei Disturbi della Condotta alimentare, nella prima e seconda infanzia. Però a tutt'oggi manca una definitiva sistematizzazione, nell'ambito del DSM.

Il **Disturbo pica** consiste nella persistente ingestione di sostanze non alimentari, per un periodo di almeno 1 mese. L'ingestione non deve far parte di pratiche culturalmente sancite.

Il **Disturbo di ruminazione** consiste nel ripetuto rigurgito e rimasticazione del cibo, per un periodo di almeno un mese. Tale condizione non deve essere riconducibile ad altre condizioni mediche o gastrointestinali, quali il reflusso gastroesofageo.

Il **Disturbo emotivo di rifiuto del cibo** è legato a disturbi dell'umore, non rientranti nei disturbi affettivi primari. Il Disturbo alimentare **post-traumatico** rappresenta una condizione di particolare disagio emotivo.

Il **Disturbo dell'alimentazione selettiva** determina una restrizione nella scelta dei cibi, per almeno due anni e si accompagna al rifiuto di provare nuovi alimenti. Non coesistono né aspetti fobici, né distorsioni cognitive. Può estrinsecarsi anche come avversione sensoriale al cibo, consistente nel rifiuto di assumere cibi con specifici odori, sapori, consistenza, colori.

La **Disfagia funzionale** consiste nell'evitamento del cibo, associato alla paura del soffocamento. Si determina frequentemente vomito e l'alimentazione viene ristretta ad alimenti liquidi o semisolidi.

Il **Disturbo della nutrizione dell'infanzia** si manifesta con una persistente incapacità di alimentarsi adeguatamente, per un periodo di almeno un mese. Si verifica perdita di peso o arresto dell'incremento

ponderale.

Il **Disturbo alimentare dell'attaccamento** consiste nel rifiuto di un determinato caregiver, ad esempio la madre. Presenta analogie con il **Disturbo alimentare dell'omeostasi**, condizione nella quale il bambino stenta a raggiungere uno stato di calma, necessario per mangiare.

**Iperalimentazione e dismorfopatie**  
**L'iperalimentazione compulsiva** si associa

costantemente a sovrappeso. Consiste in una persistente ed eccessiva assunzione di cibo. I soggetti usano il cibo come sollievo dall'ansia, soprattutto quando sono particolarmente agitati od annoiati.

Spesso viene preceduta da comportamenti ansiosi od ossessivi da parte dei familiari, finalizzati all'iperalimentazione.

Troppo spesso le famiglie, pur di fare mangiare il bambino, al fine di "non lasciarlo morire", istigano o favoriscono comportamenti nocivi o patologici. Sono particolarmente frequenti: l'abuso di "alimenti spazzatura", l'utilizzo di bevande zuccherate al posto dell'acqua, l'abuso di dolci, grassi, frittiture, nonché di condimenti inadeguati.

La perversione del gusto determina anche nelle età successive il rifiuto di un'alimentazione sana e naturale. La mala-educazione alimentare causa un'alterazione della capacità di controllo dell'appetito.

Il bambino utilizza spesso le ossessioni dei familiari per ricattare, e per soddisfare capricci e prepotenze di ogni genere. Si viene a determinare la condizione indicata anche come: Sindrome del bambino "onnipotente".

Il sovrappeso accumulato spesso provoca complessi e frustrazioni nell'adolescenza. In questa età l'immagine corporea e lo schema corporea sono particolarmente labili e mutevoli. Anche la localizzazione del peso e la percezione della densità del corpo variano facilmente.

La **dismorfopatia** si definisce oggettiva, quando costituisce l'esperazione ossessiva di una condizione realmente non fisiologica, come nel caso dell'obesità. Si definisce soggettiva quando la reale dismorfia è minima, oppure inesistente. E' la condizione di molte ragazze che, fin dalla pre-adolescenza, si sentono grasse, pur non essendo.



### Disturbi del comportamento alimentare nell'adolescente.

Il **Binge eating Disorder, o Disturbo dell'alimentazione incontrollata**, è caratterizzato da: abbuffate ricorrenti con assenza di condotte compensatorie, quali il vomito provocato. La frequenza della abbuffate deve essere di almeno 2 volte alla settimana, e per un periodo di 3-6 mesi. Sono inoltre particolarmente frequenti: obesità, sensazioni di marcato disagio, ampie oscillazioni del peso. E' possibile la coesistenza di patologie psichiatriche, in particolare dei Disturbi Borderline o Evitanti della Personalità. Può interessare anche il sesso maschile.

La **Bulimia nervosa** è caratterizzata da: abbuffate ricorrenti accompagnate da condotte compensatorie, almeno 2 volte alla settimana, per un periodo di 3-6 mesi. Si associa a bassi livelli di autostima. Interessa soprattutto il sesso femminile. La condotta compensatoria più frequente è rappresentata dal vomito, soprattutto auto-indotto. Sono frequenti anche: abuso di lassativi, diuretici o di altri farmaci.

Il pediatra deve saper cogliere i segni precoci della bulimia, in particolare i seguenti:

- assunzione di grandi quantità di cibo, non associata ad incremento ponderale;
- realizzazione di scorte nascoste di alimenti;
- comportamenti del tipo: alzarsi durante il pasto o subito dopo aver mangiato, per recarsi in bagno;
- stato disordine nel bagno, con percezione di odore di vomito;
- frequenza di problemi dentali e gengivari;
- rigonfiamento delle ghiandole salivari.

L'**anoressia nervosa** è caratterizzata da:

- rifiuto di mantenere i valori minimi normali di peso e altezza o, in ogni caso, un BMI inferiore a 17,5, oppure un peso inferiore all'85° percentile;
- interessamento quasi esclusivo del sesso femminile;
- intensa paura di ingrassare, anche quando si è sottopeso;
- dismorfopatia, con immagine soggettiva di

inesistente sovrappeso;  
- amenorrea per almeno 3 cicli consecutivi.

I segni precoci che il pediatra deve cogliere, oltre ai suddetti, sono:

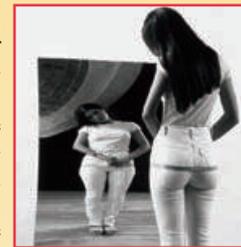
- rapida e costante perdita di peso, ottenuta con la restrizione alimentare;
- ossessione per la dieta, accompagnata ad eccessiva preoccupazione per peso e forme corporee;
- depressione, irritabilità, comportamenti ossessivi e rituali;
- eccessiva attività fisica, con perdita di altri interessi.

Nell'anoressia il conflitto psicopatologico principale si colloca a livello del corpo, e non nei confronti del cibo e della funzione alimentare. Comportamenti di tipo fobico ed ossessivo possono causare gravi stati di denutrizione, fino ad arrivare al decesso.

Il compito del pediatra consiste innanzi tutto nel cogliere i segni obiettivi ed i dati anamnestici quanto più precocemente possibile, fin dall'inizio della patologia. Deve quindi inviare la famiglia in un Centro qualificato, assicurando la propria collaborazione. Deve infine essere capace di dare supporto e sostegno continuato nel tempo sia alle ragazze, che alle famiglie.

### Conclusioni

Alla base di tutti i Disturbi della Condotta alimentare c'è il problema del controllo patologico degli impulsi e dei comportamenti. Nel caso dell'anoressia si determina un controllo estremo. Viceversa, nel caso dell'iperalimentazione e del binge eating, vi è una notevole perdita della capacità di controllo. Si determina inoltre un deficit della capacità di pensiero complesso, per abdicare ad un pensiero sterile, ossessivo, dicotomico: ingrassare-dimagrire, mangiare-non mangiare, apparire-non apparire.



## LO STUPIDIATRA

a cura di Fidifo

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

E' Natale ed i seguaci di Lucullo concretizzano le proprie... mansioni, sono giornate dedicate a pasti pantagruelici, al calore familiare oltre che delle calorie, ma anche giornate dedicate al rigurgito. Le gestanti producono le ultime natività dell'anno, compresa quella che ha avuto un parto improvviso. Le ultime

visite neonatologiche del 2009 rievocano i noumeni filosofici del passato e parafrasando le prospettive dei pediatri di oggi con le utopie del riflesso di Moro, richiESTE del tipo: ma dottore, il bambino lo presenta il riflesso di Kant? Rappresentano un segnale incoraggiante. Il bambino presenta dei foruncoli

immensi! Niente paura abbiamo un presidio farmaceutico d'oltreoceano di sicuro prestigio, ovvero l'Oregon (otreon). Il bambino ha avuto un gomito! ma nessun problema, un supposto e tutto passa. Ma signora lei dice supposto perchè il bambino è maschio? Certo, sennò sarebbe supposta!! Ah vabbè!

## Ma dottore ...è tossico ?!!!



I consueti recenti allarmi mediatici sull'influenza H1N1 e sulla vaccinazione di massa, hanno riempito i nostri ambulatori di orde impaurite di mamme e papà paralizzati da tutti i "dicono" possibili. A terrorizzare credo fosse non tanto l'influenza quanto le (quasi) certezze sulla pericolosità del vaccino antinfluenzale. Quindi come se non bastasse dover rassicurare sulla attuale benignità del virus e sulla opportunità della vaccinazione abbiamo dovuto affrontare anche qualche internet-informato / comare-allarmato che non ci fosse mercurio o chissà quale altro "eccipiente" letale per il piccolo pargolo. Che vita dura !!!

Per essere pronto a controbattere mi sono messo alla ricerca "alternativa" di quanti altri pericoli inconsapevolmente scansioniamo (se li scansioniamo).

Ecco a Voi, pertanto, un piccolissimo contributo per controbilanciare le paure "mercuriali" delle "nostre" mammine.

Ecco a Voi gli inquinanti ambientali (quelli "migliori" o poco conosciuti)!

Qualche sito utile: <http://www.simplesteps.org/chemicals> ; <http://www.epa.gov> ; <http://ehp.niehs.nih.gov/who/> ; <http://toxnet.nlm.nih.gov/>.

**Bisfenolo A:** composto sintetico di larghissimo utilizzo nella fabbricazione delle plastiche di policarbonato (contenitori per cibi e bevande, rivestimento interno di lattine, giocattoli, biberon, colle e sigillanti anche odontoiatrici, ritardanti di fiamma, teli plastici). E' facilmente rilasciato dai prodotti che lo contengono e può così trasferirsi nell'ambiente andando a contaminare molte diverse matrici di interesse alimentare.

**Ftalati:** composti sintetici impiegati nella produzione di plastiche (per esempio PVC) per conferire morbidezza, flessibilità e resistenza (plastiche e tubi per uso medico-chirurgico, rivestimenti vinilici, colle, inchiostri, pesticidi, detergenti, contenitori per alimenti, giocattoli, tende impermeabili, saponi, shampoo, profumi, lacche per capelli, smalti per unghie, pellicole alimentari). Sono assorbiti attraverso l'alimentazione e la pelle.

**Paraben:** sono composti sintetici derivati dell'acido para-amino-benzoico massicciamente utilizzati come additivi conservanti (cosmetici, alimenti, prodotti farmaceutici).

**IPBDE** (difeni-eteri polibromurati): composti sintetici utilizzati come ritardanti di fiamma (mobilito, tende, tappeti, materassi, televisori, computer). Sono presenti, oltre che nell'ambiente generale anche nella polveri domestiche. I livelli di PBDE negli organismi sono in crescita.

**PCB** (difenioli policlorurati): ampia famiglia di oltre 200 composti sintetici oleosi, alcuni dei quali molto tossici, utilizzati per decenni come isolanti termici ed elettrici, come lubrificanti industriali e come additivi in adesivi, carta, inchiostri, vernici e coloranti. L'uso dei PCB è vietato ormai da trent'anni ma la loro altissima persistenza ambientale fa sì che essi siano ancora oggi uno dei contaminanti più diffusi a livello globale. Numerose alterazioni nervose, immunitarie e riproduttive documentate nelle specie animali selvatiche e di laboratorio sono ascrivibili a contaminazione da parte di questi composti, i cui effetti sull'uomo sono conosciuti soltanto per esposizione massiva e accidentale.

**Diossina:** il termine diossina si applica genericamente a numerosi composti. Tra questi la TCDD (tetra cloro-dibenzo-diossina) è tra le sostanze maggiormente tossiche che si conoscano. La storia della TCDD è nata in Italia nel 1976 in occasione dell'incidente di Seveso, dove l'esplosione di un reattore della ICMESA che causò il riversamento nell'ambiente di alcuni chilogrammi di TCDD con pesanti conseguenze. La diossina viene rilasciata nell'aria e da qui ricade al suolo dove viene assorbita dai microrganismi. La diossina può essere considerata ancora uno dei tossici prevalenti nell'ambiente generale ed esplica importanti azioni di interferenza endocrina.

**Pesticidi, erbicidi e biocidi** in genere: sono tra i prodotti sintetici maggiormente impiegati a livello globale in forma sia di organo fosforici sia organoclorurati, questi ultimi dotati di attività di interferenza endocrina estremamente differenziata e a volte potente. Gli alimenti e le acque sono i vettori propri di questi tipi di prodotti.

**Metalli pesanti:** Sono sostanze naturali diffusissime e anche tra le più studiate, anche nei loro effetti ormonali. I metalli maggiormente implicati nell'interferenza endocrina sono il nichel, il cadmio, l'arsenico, il piombo e il mercurio, quest'ultimo particolarmente presente in alcune specie ittiche di interesse alimentare umano. L'esposizione al mercurio, anche a bassi livelli, può causare danni neurologici, di memoria e problemi di apprendimento, e di ritardi nella parola e capacità di lettura nei bambini. La fonte più comune di esposizione al mercurio è attraverso il consumo di pesce contaminato da metilmercurio. L'inquinamento da mercurio aereo viene determinato dagli impianti a carbone, di incenerimento dei rifiuti, forni per cemento, dalle raffinerie di petrolio, e dalle operazioni di estrazione. Attraverso le precipitazioni si propaga nei corsi d'acqua e viene assorbito dalle piante e dalla vita acquatica e trasformato in metilmercurio. Il pesce più grande predatore al vertice della catena alimentare, come il pesce spada, il tonno obeso e altri, tendono ad avere gli importi più elevati di metilmercurio nei loro corpi, abbastanza per essere un problema di salute per i bambini e le donne in gravidanza in particolare.

Commento: Anche di informazione si può morire ma se si decide di sapere ...è meglio sapere tutto!! ...o il più possibile.

Tossicità dei metalli nell'uomo	
Organo o sistema bersaglio	Elementi
Apparato respiratorio	Alluminio, Berillio, Cromo, Nichel, Silicio
Sistema cardio-vascolare	Arsenico, Cadmio, Tallio
Rene	Cadmio, Mercurio
Fegato	Cadmio, Cromo, Vanadio
S.N.C.	Alluminio, Mercurio, Piombo, Manganese
S.N. Periferico	Piombo, mercurio, Tallio
Cute e annessi	Arsenico, Tallio



## INCONTRI PAIDOS 2010

23 Gennaio: Patologie infettive

20 Febbraio: Farmaci, pro e contro

13 Marzo: Cute, organo o sistema?

17 Aprile: Il peso della società

9 Ottobre: UN SN che invia messaggi

6 Novembre: Immunità ed autoimmunità

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

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



La Sezione Siciliana della Società Italiana di Neurologia Pediatrica (SINP) si ripromette, insieme alla PAIDOS, per il 2010 di offrire una pagina dedicata a casi "neurologici" spesso insoliti e di difficile diagnosi che coinvolge sia i pediatri di famiglia che i pediatri ospedalieri e universitari.

Il caso clinico verrà sinteticamente esposto e discusso così come è stato "vissuto" dai colleghi pediatri che ne hanno seguito l'iter diagnostico e terapeutico.

L'obiettivo è quello di sensibilizzare il pediatra alle problematiche neurologiche in età pediatriche partendo da una considerazione ormai condivisa da tutte le esperienze dei Pronti Soccorsi Pediatrici che confermano che circa il 30% delle patologie di urgenza sono di pertinenza neurologica.

Si ricorda inoltre che da Febbraio, l'ultimo mercoledì di ogni mese, riprenderanno gli incontri del "dotto's club" che si svolgono dalle ore 14,00 alle ore 15,30, presso il reparto di cardiologia pediatrica dell'Ospedale Ferrarotto, diretto dal prof. Francesco De Luca.

