

EDITORIALE



Genova centro della pediatria

Il Congresso Nazionale della Società Italiana Pediatria 2008 che si terrà a Genova dal 15 al 18 Ottobre ruoterà intorno al filo conduttore del "saper comunicare": col mondo scientifico, con le istituzioni, con la società civile, con i media, con le famiglie, con i bambini. E il titolo che abbiamo voluto dare al Congresso: "La SIP tra scienza e famiglia: il valore della comunicazione" cerca di sintetizzare proprio questi concetti.

Il Congresso esprime la vitalità ed il rinnovamento della Pediatria Italiana, che dall'Istituto Gaslini in questi 70 anni, ha ricevuto una "cultura" ideale. Al Gaslini si sono formati molti dei più prestigiosi pediatri italiani, che hanno svolto la loro attività in tutto il paese: da pediatri di famiglia a prestigiosi ricercatori, da primari a cattedratici.

L'attenzione dedicata alla "comunicazione" - che interesserà trasversalmente tutte le aree di approfondimento - troverà il suo momento di maggiore enfasi in una sessione plenaria dedicata all'adolescenza che, per la prima volta nella storia dei Congressi della SIP, sarà "aperta al pubblico" e, in particolare, alle famiglie, al mondo della scuola e agli stessi adolescenti.

Un Congresso Scientifico non è però un evento "decontestualizzato" e vive necessariamente anche del luogo che lo ospita. E Genova sarà certamente un contesto d'eccezione. Sia per i fortissimi stimoli culturali che può fornire sia perché Genova, grazie alla Fondazione e all'Istituto Gaslini, rappresenta uno dei massimi punti di riferimento per la pediatria italiana ed europea.

Pasquale Di Pietro
Direttore Dipartimento Dea
Presidente Sip

Piccoli miracoli crescono

Cresce sana e forte la bimba nata di soli 375 gr dopo 24 settimane di gestazione

Antonella è nata alla 24° settimana di gestazione, nemmeno 5 mesi nella pancia della mamma, invece dei soliti 9 abbondanti che servono per completare lo sviluppo di un bambino. Antonella ce l'ha fatta, a discapito di numeri e statistiche, e oggi, otto mesi dopo, è una bimba forte e sana, nonostante una nascita così fortemente prematura.

La sua crescita nell'utero materno si era fermata a 22 settimane e a complicare drammaticamente la situazione si era verificato un distacco della placenta. Dopo il parto d'urgenza, a Sarzana, l'immediato trasferimento nel reparto di Rianimazione dell'ospedale Gaslini, da decenni specializzato nella cura dei prematuri, era l'unica speranza di salvezza.

Qui Antonella ha proseguito la sua lotta per la vita dentro una piccolissima incubatrice.

CONTINUA A PAGINA 3



10 domande sulla celiachia

I consigli degli esperti dell'Ambulatorio celiachia

1) Cos'è la celiachia?

È un'intolleranza permanente al glutine (contenuto in grano, orzo, segale, farro, kamut) in soggetti geneticamente determinati. Questi soggetti hanno una risposta immunitaria esagerata verso il glutine che si esprime con un'infiammazione cronica a livello del duodeno che a sua volta determina atrofia dei villi intestinali indispensabili per il normale assorbimento dei nutrienti. La celiachia non è un'allergia alimentare, ma una risposta autoimmune, scatenata dall'assunzione di glutine in soggetti geneticamente determinati.

2) La celiachia è una malattia?

Sì, è una malattia autoimmune, l'unica di cui si conosce la causa



scatenante, il glutine. Ma è anche l'unica da cui si guarisce eliminando il glutine dall'alimentazione. Quindi il celiaco bambino o adulto che sia, non è malato se non mangia il glutine.

3) Quanto è frequente?

Si stima che la frequenza sia di 1 persona ogni 100 nella popolazione generale, di 10 ogni 100 nei familiari di primo grado di un celiaco.

CONTINUA A PAGINA 2

Nasce Largo Paolo Tolentino

Il Comune omaggia l'opera del grande infettivologo

CONTINUA A PAGINA 3

Il 14 ottobre 2008 nel venticinquesimo della sua scomparsa, l'assessore Paolo Veardo e numerose autorità parteciperanno all'intitolazione di Largo Paolo Tolentino presso l'uscita nord dell'Istituto Gaslini. Il Prof. Paolo Tolentino nato nel 1914 a Trieste, si è laureato nel 1938 in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Padova con il massimo dei voti e lode ed immediatamente è entrato a Modena nella prestigiosa Scuola di Pediatria del Prof. Giovanni de Toni.

Un ambulatorio per sostenere l'allattamento
PAGINA 2



Due nuovi farmaci contro l'artrite

Le scoperte dei nostri ricercatori al servizio dei piccoli malati

L'artrite idiopatica giovanile è la più comune malattia reumatica cronica del bambino. Colpisce circa un bambino su mille ed è una delle cause principali di disabilità acquisita in età pediatrica. Anche se diversa dall'artrite reumatoide dell'adulto, è, come quest'ultima, caratterizzata da un processo infiammatorio cronico a carico delle articolazioni (con dolore, gonfiore e limitazione del movimento articolare) e può produrre seri danni articolari. Le cause sono sconosciute ma si pensa siano secondarie ad anomalie della risposta immunitaria la cui naturale funzione, come è noto, è quella di difenderci dalle infezioni. Per fare ciò il sistema immunitario è in grado di riconoscere ciò che è estraneo

e pericoloso (virus e batteri) da ciò che ci appartiene: i nostri tessuti. In questa malattia è come se questa capacità di discriminare il proprio dall'estraneo venisse in parte persa, con il risultato che la risposta immunitaria si rivolge anche contro i propri tessuti (in questo caso le articolazioni) generando un processo infiammatorio cronico di tipo "autoimmune".

Negli ultimi anni, grazie ad una migliore conoscenza dei processi infiammatori ed alla disponibilità di farmaci (cosiddetti "farmaci biologici") in grado di legarsi specificatamente a singole molecole o sottogruppi cellulari, sono state sviluppate molte nuove ed efficaci terapie per l'artrite reumatoide dell'adulto.

CONTINUA A PAGINA 5

Fondazione Gaslini Nuovo premio per la ricerca

CONTINUA A PAGINA 3



La Fondazione Gaslini e la Società Italiana di Pediatria, nell'ambito del Congresso "Tra Scienza e famiglia: il valore della comunicazione", che si terrà a Genova dal 15 al 18 ottobre 2008, hanno istituito il "Premio Fondazione Gaslini - Sip".

Farmaci on-line

Possiamo fidarci di Internet?

CONTINUA A PAGINA 8

Non passa giorno che la tecnologia soprattutto quella informatica, nel suo sviluppo travolgente, non ci regali strumenti attraverso i quali siamo in grado di acquisire informazioni e beni in maniera diretta, scavalcando sistemi consolidati nei secoli, e che proprio per questo hanno raggiunto elevati livelli di efficienza.

Un esempio è dato dalla facilità con cui è oggi possibile acquistare farmaci via Internet.

Pazienti in aumento al Centro Malattie Allergiche

A chi rivolgersi in caso di affezioni respiratorie ed allergie alimentari



Il Centro Malattie Allergiche nasce dalla collaborazione di due Unità Operative (Pneumologia e Clinica Pediatrica): il personale comprende due medici specialisti in Pediatria ed in Allergologia e tre infermiere pediatriche.

Il Centro effettua sostanzialmente un'attività ambulatoriale pediatrica allergologica, con la possibilità di eseguire specifici tests diagnostici e si occupa prevalentemente di patologie di tipo respiratorio (asma e rinite ma anche infezioni respiratorie ricorrenti ecc.), dermatologico (dermatite atopica ed orticaria), oculistico (congiuntiviti allergiche) e di allergia alimentare, inoltre può usufruire dell'appoggio di due Day Hospital e rispettivi reparti di degenza, qualora fossero necessari approfondimenti diagnostici. Da quando il Centro ha iniziato l'attività il numero delle prestazioni richieste è in continuo aumento, l'aumento dell'affluenza è del tutto compatibile con l'aumentata

prevalenza delle malattie allergiche nella popolazione generale ed il maggiore interesse per tale patologia soprattutto in età pediatrica.

La prenotazione delle visite ambulatoriali viene effettuata telefonicamente da parte del genitore che deve essere già in possesso della richiesta del medico curante.

Al momento della visita i piccoli pazienti sono accolti dal personale infermieristico che procede alla raccolta dei dati anagrafici e dati anamnestici remoti, alla rilevazione dei parametri antropometrici e vitali.

Il medico completa la raccolta anamnestica per effettuare un inquadramento clinico ed in particolare allergologico più ampio, completato dalla visita. Si procede poi all'esecuzione dei test allergologici cutanei (prick test) utilizzando un pannello di allergeni scelto sulla base della specifica storia clinica. Nei bambini con disturbi respiratori ed un'età

superiore ai 5 anni, viene effettuata una spirometria con curva flusso-volume basale, seguita eventualmente dal test di broncodilatazione. In casi selezionati possono essere effettuati, un PRICK by PRICK con alimenti freschi, un esame citologico nasale o congiuntivale, oppure un test di provocazione specifico con allergene. Dopo la valutazione ambulatoriale per i casi di orticaria ricorrente o cronica è possibile effettuare in DH un protocollo diagnostico derivante dalla collaborazione di diverse Unità Operative del nostro Istituto; infine per i pazienti con allergia alimentare che effettuano una dieta di eliminazione è possibile effettuare il test di introduzione e/o reintroduzione alimentare in ambiente protetto (ricovero o DH).

Il personale medico ed infermieristico alla fine della visita, dedica molto tempo all'aspetto educativo perché è fondamentale che la famiglia comprenda, non solo la patologia, ma anche il significato e le modalità di un corretto trattamento a domicilio, sia continuativo che per la gestione delle fasi acute.

È importante apprendere le corrette norme di prevenzione ambientale e comportamentale. Per prenotare una visita chiamare il numero 0105636906-907 dalle 7.30 alle 8.30; e dalle 14.00 alle 15.00.

Lilia Fasce
Mariangela Tosca
Roberta Olcese
Centro Malattie Allergiche

Gli esperti spiegano la celiachia

Quadruplicato in otto anni il numero dei pazienti



CONTINUA DA PAGINA 1

La celiachia è correlata con le abitudini alimentari e questo spiega la sua frequenza nelle popolazioni come la nostra, dove da secoli il grano è entrato a far parte delle nostre abitudini alimentari, contrariamente ad altre popolazioni come quelle orientali, dove il cereale più importante nella dieta è il riso, o africane dove è la manioca.

4) Quando sospettare la celiachia?

Occorre innanzitutto chiarire che la celiachia può comparire o meglio dare i suoi sintomi in un qualunque momento della vita di una persona. Non è quindi più un problema soltanto pediatrico come si pensava sino a una decina di anni orsono. I sintomi variano secondo l'età e si distinguono in tipici (diarrea, vomito, perdita di peso, irritabilità) e atipici (dermatite, ipoplasie dello smalto dentario, dolori addominali).

5) Quali esami fare?

È importante rivolgersi al proprio pediatra o medico curante segnalando i sintomi ed eventualmente anche i propri sospetti verso la celiachia. Il medico valuterà e vi proporrà gli esami che servono per escludere o confermare il sospetto clinico. I tre esami sono semplici e si eseguono su un semplice prelievo di sangue: dosaggio Immunoglobuline A totali (IgA) dosaggio anticorpi anti transglutaminasi (tTG) e anticorpi antiendomisio (EMA), per i bambini fino ai due-tre anni di età è utile eseguire anche dosaggio degli anticorpi anti gliadina (AGA).

Nel caso il valore riscontrato di immunoglobuline A totali fosse basso o addirittura indosabile (deficit di IgA) sarà necessario richiedere il dosaggio di AGA e tTG di classe IgG per poter escludere o evidenziare il sospetto di celiachia.

6) Ci possiamo fidare dello screening in farmacia?

Un esame che può indicare o meno una patologia dovrebbe essere sempre effettuato da mani esperte, pertanto riteniamo che sia più sicuro effettuare lo screening su indicazione e sotto controllo del medico curante, che meglio saprà interpretare i risultati sia degli esami convenzionali che eventualmente del kit rapido.

7) Cosa si deve fare se lo screening è positivo?

Lo si porta al curante il quale saprà indicarvi secondo l'età il centro ospedaliero che sarà in grado di porre la diagnosi definitiva.

8) Come si pone la diagnosi definitiva?

La certezza oggi si ha con la biopsia duodenale che si effettua attraverso una "normale" gastroscopia. Tale indagine permette di porre diagnosi definitiva di celiachia e non deve essere più ripetuta nel tempo (come avveniva in passato quando non era ancora nota la natura "genetica" del problema).

9) Come si cura?

È molto facile anche se comporta un sacrificio per le nostre abitudini alimentari, occorre eliminare dalla propria alimentazione il grano e tutti quei cereali e prodotti che contengono glutine.

10) Cosa offre il Gaslini?

Presso la Pediatria III ad indirizzo Gastroenterologico diretta dal dottor Arrigo Barabino tutto lo staff è competente su questo problema. Insieme alla vigilatrice d'infanzia Anna Giammona siamo responsabili dell'Ambulatorio e ci occupiamo dei pazienti celiaci dal momento in cui si pone il sospetto di celiachia fino al follow up annuale, passando attraverso la fase diagnostica della biopsia duodenale, che viene fatta per i pazienti celiaci in sedazione.

Viene seguito tutto il gruppo familiare sia per quanto riguarda l'informazione circa la celiachia, l'accompagnamento nella fase diagnostica e post, lo screening nei familiari di primo grado sia pediatrici che adulti.

Questi ultimi vengono poi inviati per la diagnostica a centri specialistici dell'adulto che fanno parte della Rete per la diagnosi e cura della celiachia presenti nel territorio della nostra Regione.

L'Ambulatorio celiachia riceve martedì e giovedì pomeriggio dalle 14 alle 15.30 su appuntamento (telefonare tutti i giorni dalle 14 alle 15) mentre al mattino l'attività è connessa al Day Hospital nel quale circa 2 posti al giorno sono riservati ai celiaci. L'ambulatorio si avvale della collaborazione preziosa di tutti i servizi dell'Istituto.

L'attività dell'ambulatorio nato nel 1995, è aumentata in maniera vertiginosa: a luglio 2000 erano seguiti in follow-up 470 celiaci, mentre ad oggi abbiamo in follow-up circa 1800 celiaci.

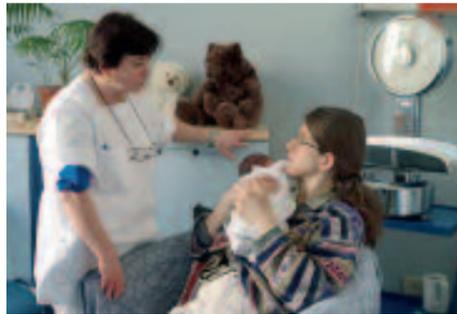
☎ 0105636350/585

e-mail: pediatria3@ospedale-gaslini.ge.it

Angela Calvi
Emanuela Castellano
U.O. Pediatria III
ad indirizzo Gastroenterologico

Un aiuto importante per favorire l'allattamento al seno

L'Ambulatorio infermieristico risponde 24 ore su 24 alle mamme nutrici



La promozione dell'allattamento materno è tra le priorità assistenziali ed educative dell'area Ostetrico Neonatale poiché riveste una valenza sociale e sanitaria importantissima.

Le donne, oggi, hanno capito i vantaggi e i benefici dell'allattamento materno, ma incontrano non poche difficoltà: non solo per la mancanza di conoscenze delle tecniche per inesperienza, ma anche per condizionamenti ambientali e culturali. Le strategie per l'incentivazione e il sostegno dell'allattamento all'interno della struttura sono state individuate in diversi momenti: prima della nascita, al momento della nascita, durante la degenza e in ambulatorio.

Nel Dipartimento Ostetrico Neo-

natale esiste da qualche anno un Ambulatorio Infermieristico di sostegno all'allattamento presso il 5° piano del Padiglione 12, che si pone come obiettivo la promozione e il sostegno dell'allattamento materno, secondo le linee guida promosse dall'OMS/UNICEF.

Presso l'ambulatorio si affrontano le problematiche in corso di allattamento (ingorgo, blocco di un dotto, mastite, ecc.) in particolare i consigli vengono forniti sulla nutrizione della madre nutrice, sulle cure igieniche del neonato e l'igiene ambientale, sul trattamento del cordone ombelicale e sulla conservazione del latte materno, il rifiuto del seno, e infine viene insegnato il massaggio per le cure consolatorie nel neo-

nato (es. in caso di coliche...).

L'ambulatorio è nato in regime di prosecuzione di cure per le madri che dopo la dimissione hanno problematiche che richiedono il supporto del personale infermieristico. Gli operatori coinvolti sono le infermiere pediatriche del reparto di Assistenza Neonatale e in futuro la figura ostetrica.

L'orario di attività dell'ambulatorio è dalle ore 10 alle ore 12, con appuntamento alla dimissione, tuttavia il personale sanitario dell'U.O. di Assistenza Neonatale è disponibile 24 ore su 24 per via telefonica per il supporto alle madri nutrici al ☎ 0105636285. Tale supporto è facilitato in quanto tutto il personale infermieristico ha partecipato ai corsi OMS/UNICEF sull'allattamento al seno e a quelli sulla comunicazione.

e-mail: nido@ospedale-gaslini.ge.it

Teresa Asprea
Caposala U.O.
Assistenza Neonatale

Nata a 4 mesi: cresce in perfetta salute

La mamma: "Senza il Gaslini oggi la mia piccola non ci sarebbe"



CONTINUA DA PAGINA 1

Sono bastati i suoi quattrocento grammi scarsi, supportati dall'amore infinito dei giovani genitori, dalle sofisticate cure e dalla dedizione totale che da sempre caratterizzano il personale, che sceglie di prestare servizio in un reparto così delicato e psicologicamente impegnativo come la Rianimazione del Gaslini.

Pochissime erano le speranze che ce la potesse fare, ma i medici e le infermiere sono riuscite a fare in modo che ricevesse ossigeno, nutrimento, protezione come se fosse ancora nella pancia della mamma. E ce l'ha fatta. Il 28 ottobre compie otto mesi: dopo i primi 5 passati nell'utero materno, Antonella è stata cresciuta per 4 mesi nella "pancia high tech" del Gaslini, e dal 28 maggio vive con i suoi genitori in Toscana, costantemente seguita dai nostri medici, che la controllano durante la crescita. La prematurità interessa il 5-10% di tutti i neonati e compromette in

modo più o meno determinante lo sviluppo di tutti gli organi in modo inversamente proporzionale all'età gestazionale (quanto più bassa è l'età gestazionale, tanto più grave è il ritardo di maturazione). La mortalità dei bambini che nascono tra le 22 e le 25 settimane è molto elevata: solo il 40% dei bimbi nati così presto sopravvive. Tra i nati alla 24° settimana il 20% va incontro ad una disabilità severa, il 15% ad una disabilità moderata, il 35% deve affrontare una lieve disabilità, completamente sano è solo il residuo 30%. Ma come ha fatto l'equipe del Gaslini a permettere la sopravvivenza, e in perfetta salute, di una bambina così piccola?

Nel neonato pretermine, soprattutto se nato prima della 30° settimana, gli organi sono fortemente immaturi: i polmoni, il cervello, l'intestino e le retine sono i più esposti. "Alcuni organi devono essere "aiutati" artificialmente dalle equipe mediche

- spiega Pietro Tuo, direttore della Rianimazione - che hanno il complesso compito di sostituirsi al corpo della mamma per fornire ai piccoli ossigeno, nutrimento, calore, difese dai batteri". Intervenire su minuscole vene, infilare cannule in piccolissime narici: un compito difficile che richiede infinta esperienza ed estrema delicatezza.

La prima difficoltà è la prematurità: prematuro è il bambino nato prima della 36° settimana di gestazione e la bambina è nata solo alla 24° settimana, un altro parametro fondamentale è il peso. "Bambini prematuri ma di peso adeguato - continua Tuo - hanno maggiori possibilità rispetto ad altri ugualmente prematuri, ma di peso inferiore, e Antonella pesava soltanto 375 grammi, quindi molto piccola rispetto al peso medio per la sua età gestazionale, che è di circa 600 grammi. Ricordiamo però che ogni bimbo è un caso particolare e unico, che dipende da moltissime variabili tra le quali peso, età e naturalmente qualità delle cure che riceve".

"Non ci sono parole per descrivere la gioia che proviamo io e mio marito adesso, con la nostra piccola, speriamo che la nostra storia aiuti tante altre famiglie in situazioni simili a non perdere mai la speranza. Noi ringraziamo Dio e tutti i medici e le infermiere che ci hanno seguito e confortato giorno dopo giorno in questa battaglia: senza di loro Antonella oggi non ci sarebbe."

Nasce "Largo Paolo Tolentino"

L'omaggio al grande pediatria infettivologo



CONTINUA DA PAGINA 1

Tolentino contribuì all'espansione della scuola fondata da De Toni, dopo il trasferimento alla Clinica Pediatrica dell'Università di Genova, presso il Gaslini.

Professore di Malattie Infettive nella Facoltà di Medicina e Chirurgia di Genova dal 1952, insegnò per oltre 30 anni da protagonista inimitabile, nel 1958 vinse il primo concorso italiano di Malattie Infettive insieme a 2 colleghi, con i quali è da sempre considerato fondatore della Infettivologia italiana.

Negli stessi anni è stato Direttore della Clinica Malattie Infettive presso il Gaslini, ove oltre alla sua qualità di pediatra e infettivologo preparatissimo, con alte capacità diagnostiche, ha espresso tutta la sua signorilità e umanità con i bambini e le loro famiglie. Fu Presidente per molti anni della Società Italiana per lo Studio delle Malattie Infettive e Parassitarie e Vice-Presidente della Società Internazionale di Malattie Infettive e Parassitarie. La sua opera di fine ed acuto ricercatore è documentata da oltre 300 pubblicazioni.

Descrivendo tra i primi nel mondo la toxoplasmosi congenita, ha rappresentato in Italia, per lunghi anni, l'unico riferimento valido e sicuro della diagnostica e della terapia di questa malattia, per la quale già nel 1948 al Gaslini aveva istituito un centro diagnostico.

Si è occupato con originalità e accuratezza di indagine dei più importanti problemi della malattie infettive in età pediatrica. Ha influito in maniera determinante al miglioramento delle conoscenze e della terapia di moltissime infezioni: infezioni batteriche del neonato e quelle conseguenti al sinergismo virus-batteri, encefalite sclerosante subacuta, epatiti acute fulminanti ed epatiti croniche dell'età infantile.

Docente lucido, profondo e sintetico, medico aggiornatissimo ed umano, il Prof. Paolo Tolentino, ha creato una delle più importanti Scuole Infettivologiche Italiane, gli infettivologi liguri attuali si sono formati alla scuola da lui fondata.

Tutti quelli che lo hanno conosciuto ricorderanno i colloqui con il Prof. Tolentino: andava decifrato, rifletteva molto, ti rispondeva dopo una lunga pausa, sottovoce e spesso a monosillabi, ma in quel poco che diceva erano racchiusi il suo pensiero, le sue decisioni, il suo entusiasmo.

Raffaella Giacchino
Direttore U.O.C. Malattie Infettive

Premio "Fondazione Gaslini Lecture"

Premiato lo studio del migliore ricercatore under 40



CONTINUA DA PAGINA 1

Scopo prioritario della Fondazione Gerolamo Gaslini è amministrare tutti i propri beni mobili e immobili e devolvono i redditi, in misura prevalente, al potenziamento della ricerca scientifica ed alla promozione di specifiche competenze terapeutiche e assistenziali dell'Istituto "Giannina Gaslini", creato dallo stesso Gerolamo Gaslini. La ricerca scientifica è il motore del progresso della medicina che permette di curare sempre meglio le malattie.

Per questo la Fondazione Gerolamo Gaslini ha deciso di contribuire ulteriormente al sostegno della ricerca - vera forza trainante per l'eccellenza clinica - con un nuovo premio per l'autore del migliore lavoro pubblicato nel triennio 2006-2008 su una rivista inter-

nazionale di rilievo in ambito pediatrico. Il premio è aperto ai ricercatori che non hanno ancora compiuto 40 anni alla data di scadenza del bando (15 Settembre 2008). I ricercatori devono inoltre essere il primo autore nella pubblicazione proposta.

Il premio verrà consegnato durante il Congresso Nazionale di Pediatria organizzato dalla Sip.

Durante il Congresso l'autore presenterà il suo lavoro in una "Special Lecture" dedicata alla sua ricerca. Il premio, dell'ammontare di € 10.000, verrà assegnato al ricercatore, autore del migliore lavoro di ricerca clinica o traslazionale pubblicato su un argomento di interesse rilevante in Pediatria. L'importo del Premio sarà devoluto dalla Fondazione Gerolamo Gaslini.

Vaccinazione antinfluenzale: a chi è indicata?

Pubblicate le nuove raccomandazioni statunitensi sulle vaccinazioni annuali

È in arrivo la nuova stagione epidemica influenzale ed escono le nuove raccomandazioni dell'Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) del Centers for Disease Control and Prevention di Atlanta (U.S.A.) per la profilassi vaccinale:

<http://www.cdc.gov/flu>

Per quanto riguarda l'età pediatrica, è presente una nuova raccomandazione relativa alla vaccinazione annuale di tutti i soggetti tra i 5 ed i 18 anni di età da attuare a partire dalla stagione antinfluenzale 2008-09, se possibile, ma comunque entro e non oltre la stagione successiva 2009-10. Si sottolinea, infatti, che i bambini e gli adolescenti ad "alto rischio" per le complicanze influenzali dovrebbero continuare ad essere al centro dell'attenzione della programmazione vaccinale, nella fase di transizione verso l'estensione della vaccinazione anche ai soggetti normali. Vengono indicati "soggetti ad alto rischio" bambini o adolescenti: a) di 6 mesi-4 anni di età; b) con malattie croniche polmonari (compresa l'asma), cardiache (eccet-



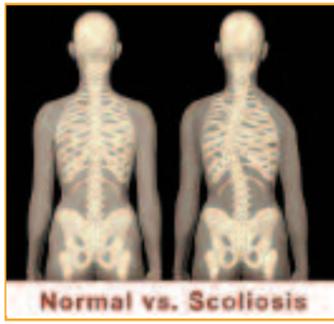
to l'ipertensione), renali, epatiche, ematologiche o disordini metabolici (compreso il diabete mellito); c) immunodepressi; d) con una condizione che può compromettere la funzionalità respiratoria (es disfunzioni cognitive, traumi spinali e altri disordini neuromuscolari); e) che hanno effettuato una terapia protratta con l'aspirina per il possibile rischio di sindrome di Reye a seguito dell'infezione da virus influenzale.

Compagno inoltre nell'elenco delle categorie a rischio anche le donne in gravidanza durante la stagione influenzale, perché a

rischio di sviluppare complicanze serie a seguito dell'infezione influenzale. A questo proposito nel fascicolo del 17 Settembre 2008 della prestigiosa rivista New England Journal of Medicine (K. Zaman et al. N Engl J Med 2008;359: 10.1056/NEJMoa0708630) è stato pubblicato uno studio sull'effetto della efficacia della vaccinazione antinfluenzale, praticata a donne in gravidanza sulla salute delle mamme e dei nati. Nel gruppo vaccinato, madri e neonati, si sono osservati meno casi di infezione influenzale, confermati dagli esami di laboratorio, con un'efficacia del vaccino del 63%. Inoltre, si sono anche registrati meno episodi di infezioni respiratorie febbrili con un'efficacia del vaccino del 29%, per i neonati, e del 36% per le madri. Questi dati acquistano un valore pratico particolare, considerando il fatto che la vaccinazione antinfluenzale non è indicata nei bambini sotto i 6 mesi di età.

Giovanni A. Rossi
Direttore U.O. Pneumologia
giovannirossi@ospedale-gaslini.ge.it

Scoliosi: la diagnosi è sempre banale?



Soltanto tre adolescenti su mille sono affetti da una **scoliosi** "vera", ossia strutturale, evolutiva, spesso grave; tuttavia un ampio strato della popolazione presenta in età di crescita una deviazione scoliotica, che consiste o in una scoliosi strutturale lieve, oppure in un atteggiamento scoliotico, che nulla ha a che fare con la vera scoliosi. La scoliosi, che consiste in un incurvamento patologico complesso permanente della colonna vertebrale verso il suo lato destro o sinistro, **ha in parte origine genetica**, ma le sue concause non sono ancora ben note. Per contro, si sa che gli atteggiamenti scoliotici sono conseguenza di semplici alterazioni, spesso momentanee, del controllo posturale; tuttavia, attualmente, si conoscono alcune malattie, anche gravi, che possono comprendere tra le loro manifestazioni cliniche una deviazione scoliotica, le cui caratteristiche sono assimilabili ad un semplice atteggiamento. Di conseguenza, appare opportuno sfatare subito il vecchio detto "chiunque può fare diagnosi di scoliosi". Infatti, anche se l'esame clinico, mirato ad evi-

denziare o escludere una scoliosi, consiste essenzialmente nel rilievo di asimmetrie del tronco e, quindi, presenta teoricamente una certa semplicità, tale esame non può portare ad una diagnosi di scoliosi, ma soltanto al rilievo della presenza di una deviazione scoliotica dai possibili infiniti significati.

Questo evidenzia **l'importanza di una corretta diagnosi**. Infatti, mentre un atteggiamento scoliotico vero può richiedere soltanto un trattamento rieducativo o non richiederne affatto, un atteggiamento scoliotico conseguente ad una lesione organica, situata a livello della colonna vertebrale o al di fuori di questa, può costituire un segno di malattia per la quale sia indispensabile instaurare subito una cura impegnativa.

Va poi anche rimarcata l'importanza che assume la diagnosi differenziale tra un **atteggiamento scoliotico** ed una **scoliosi strutturale**; infatti, quest'ultima, a differenza dell'atteggiamento, possiede la capacità di peggiorare nel tempo e richiede spesso cure immediate, finalizzate ad evitare la comparsa di vistosi inestetismi e di gravi danni fun-

zionali alla stessa colonna vertebrale e alla gabbia toracica. L'esame clinico è essenzialmente fondato, come si è detto, sull'esame delle asimmetrie del tronco conseguenti alla presenza della curva scoliotica; tali asimmetrie, ben visibili in un soggetto posto "sull'attenti", interessano soprattutto le spalle, i fianchi e il profilo toracico, che sporge posteriormente da un lato ed anteriormente dall'altro; anche il bacino è generalmente interessato da qualche asimmetria, che spesso rende evidente una falsa differenza in lunghezza degli arti inferiori. In presenza di una scoliosi strutturale, quando il soggetto, con mani unite, arti inferiori estesi ed arti superiori tesi simmetricamente verso i piedi, piega in avanti il tronco, il profilo posteriore del torace si deforma sensibilmente e compare una gibbosità dal lato della convessità della curva scoliotica. Si tratta di una procedura tutto sommato semplice, che tuttavia è spesso fuorviante; si presta infatti a conclusioni affrettate, superficiali ed inesatte, che possono essere evitate soltanto per mezzo di un approfondito e competente esame clinico, esteso ai vari organi ed apparati connessi, per anatomia o funzione, con la colonna vertebrale. È quindi di spettanza solo del medico, al quale compete anche il giudizio sull'eventuale indicazione a visita specialistica ortopedica, ad esami radiologici e ad ogni altro accertamento strumentale.

In conclusione, si può affermare che la diagnosi della scoliosi

non è mai banale. Le famiglie devono sapere, ed i medici devono sempre ricordare, che la comparsa di una deviazione scoliotica, il puntuale rilievo della sua esistenza e la giusta interpretazione del suo significato, possono costituire un'irripetibile occasione per il bambino o l'adolescente di ottenere prontamente cure indispensabili, anche per malattie gravi delle quali la scoliosi rappresenti solo un evidente segno. **Il fattore tempo è prioritario**; quindi la famiglia deve accettare sempre di buon grado ogni segnalazione di scorretto allineamento della colonna proveniente dai naturali artefici del *dépistage* delle deformità vertebrali, ossia gli insegnanti, i preparatori sportivi, i maestri di arti motorie e tutti gli altri cultori del movimento: movimento, che in presenza di alterazioni primitive o secondarie della colonna vertebrale appare subito alterato agli occhi di un esperto. Ma la famiglia deve saper fare tesoro di queste attenzioni e ricorrere con sollecitudine al proprio pediatra, al quale, anche nella diagnosi precoce delle deformità vertebrali, deve riconoscere un ruolo di centralità; tenendo anche sempre ben presente che la comparsa di una scoliosi è un evento improvviso e che il pediatra "che nell'ultima visita generale non si è accorto della scoliosi", probabilmente non ha potuto accorgersene... perché la scoliosi, in quel momento, non si era ancora resa evidente.

Stelvio Becchetti
Direttore U.O. di Ortopedia e Traumatologia

Quando i reni non funzionano: novità nella cura



La sindrome nefrosica è fra le più frequenti malattie renali in età pediatrica. Presenta sintomi tipici, quali aumento ponderale, edema al volto e la presenza di proteine nelle urine, che possono risultare subdoli per la loro genericità. Un rapido riconoscimento ed una corretta impostazione terapeutica sono requisiti fondamentali per il buon trattamento della malattia. Circa l'85-90% dei bambini che presentano una sindrome nefrosica conclamata in età compresa fra i 2 e 14 anni guarisce se trattato con terapie a base di steroidi che sono state sviluppate a cavallo degli anni '70. Una parte rilevante di questa popolazione di pazienti in cui la

malattia regredisce in seguito alla terapia, può presentare una ricaduta con frequenza più o meno variabile ed una parte ancora può presentare dipendenza alla somministrazione del farmaco. Per essi la strategia terapeutica deve essere attentamente pianificata e richiede l'intervento dello specialista nefrologo.

Esistono nuovi sviluppi in merito alla terapia delle forme di sindromi nefrosiche più resistenti, che utilizzano farmaci di recente sviluppo, ma una loro descrizione appare prematura all'attuale discussione.

La parte dei pazienti in cui la malattia non regredisce nonostante le terapie pone un serio problema clinico, attualmente di non facile soluzione. Una parte rilevante di essi è, infatti, portatore di una malattia genetica e come tale non responsiva a trattamenti medici. Una rapida **identificazione** delle sindromi nefrosiche con base genetica serve ad **evitare trattamenti altamente invasivi**.

Il numero dei geni coinvolti (attualmente almeno 8) e la complessità del lavoro molecolare richiesto è di tale impatto da richiedere la formulazione di un percorso diagno-

stico attento ed un riferimento a centri ospedalieri di 2° livello.

Lo schema diagnostico sviluppato presso la Nefrologia dell'Istituto Gaslini è attualmente in fase di validazione e verrà a breve proposto come schema pratico alla stampa internazionale.

Esso prevede che in tutti i pazienti che permangono malati nonostante un'adeguata terapia con farmaci steroidei venga eseguita una biopsia renale che permette una diretta analisi del tessuto ed una corretta valutazione dei danni effettivamente presenti nel rene.

Solo dopo aver inquadrato la malattia su base anatomo-patologica si rende necessario uno studio genetico che permetta di evidenziare eventuali alterazioni a carico dei geni contenuti nel rene e lo stesso schema va applicato nei bambini che abbiano sviluppato sindrome nefrosica entro il primo anno di vita. Lo studio molecolare va pianificato in base al grado e tipo di coinvolgimento istologico del rene.

La comunità scientifica nazionale ed internazionale ha attivato una collaborazione fra più laboratori per poter offrire la diagnostica

molecolare in tempo reale e sta sviluppando un network diagnostico a cui tutti abbiano accesso secondo regole codificate.

È prevedibile che lo **sviluppo del network diagnostico** in cui la Nefrologia dell'Istituto Giannina Gaslini ha avuto un ruolo preminente, abbia applicabilità **entro la prossima primavera** del 2009.

A questo obiettivo fondamentale sono tesi gli sforzi di tutta la comunità scientifica. Certi di contribuire ad una corretta ed insostituibile buona sanità, restiamo a disposizione per ogni caso in cui il pediatra reputi importante una consulenza sul campo.

Per informazioni:
Segreteria ☎ 010 5636275
Reperto ☎ 010 5636276
Laboratorio ☎ 010 5636419
Fax: 010 395214
Dr Ghiggeri, Dr Trivelli,
Dr Magnasco: ☎ 347 5396090
e-mail:
GMarcoGhiggeri@ospedale-gaslini.ge.it
labnefro@ospedale-gaslini.ge.it
labnefro@ospedale-gaslini.ge.it

Gian Marco Ghiggeri
Direttore U.O. Nefrologia

Convegno Sip

Presentiamo alcuni tra i più rilevanti contributi del Gaslini al Congresso Nazionale di Pediatria

Il Congresso Nazionale della Società Italiana Pediatria, che si terrà a Genova dal 15 al 18 Ottobre 2008, rappresenta un momento di forte innovazione per la Pediatria italiana, perché per la prima volta la finalità è quella di valorizzare quella che deve essere la vera essenza di una Società Scientifica: il connubio tra la scienza e la famiglia.

A Genova sono stati organizzati in passato solo 3 congressi, nel 1938, nel 1966, nel 1991; il congresso del 1938 fu fatto a Genova in occasione della costruzione del Gaslini poiché era consuetudine tenere il congresso nazionale dove fosse stato edificato un nuovo ospedale o una clinica. De Toni e l'attuale presidente, Pasquale Di Pietro, direttore del Pronto Soccorso del Gaslini, sono gli unici due presidenti liguri nei 110 anni della storia della SIP.



L'approfondimento scientifico è certamente il "piatto forte" del Congresso e significativa attenzione sarà riservata proprio alla ricerca, che rappresenta un elemento essenziale, affinché la scienza possa progredire.

Il congresso sarà inoltre caratterizzato da due eventi dedicati al mondo infermieristico.

Il giorno 14 ottobre è stata organizzata una manifestazione gestita dalla Scuola Internazionale di Scienze Pediatriche dell'Istituto G. Gaslini con la collaborazione della Federazione Nazionale Infermieri IPASVI, si tratta di un corso di simulazione pediatrico avanzato in semintensiva e cure intermedie per medici ed infermieri. Il corso ha l'obiettivo di formare medici ed infermieri che sappiano intervenire in situazioni di emergenza.

Il 15 ottobre avrà luogo un seminario che prenderà in considerazione problemi di formazione, gestione del rischio, aspetti normativi ed organizzativi degli infermieri pediatrici. Questo corso con iscrizione gratuita darà diritto ai crediti ECM.

È prevista inoltre un'interessante tavola rotonda aperta al pubblico a cui parteciperanno rappresentanti delle istituzioni, della scuola e del giornalismo, dedicata agli adolescenti di oggi sul disagio giovanile nella società del consumo, che si terrà in chiusura del congresso sabato 18 ottobre.

La correzione del petto excavatum: Gaslini punto di riferimento italiano

Il Pectus Excavatum (petto escavato) è la **più frequente delle malformazioni toraciche** con un'incidenza di circa 1/300 nati. Più frequente nei maschi, si caratterizza per la presenza di una depressione a livello dello sterno e delle cartilagini costali (fig 1), spesso presente dai primi anni di vita, che **tende a peggiorare con la crescita** del bambino, soprattutto dopo gli 8-10 anni. **La causa** della malformazione è **sconosciuta**; si può associare ad altre malattie muscoloscheletriche (scoliosi, sindrome di Marfan e di Ehlers-Danlos) e in circa un terzo dei casi esiste familiarità. La depressione dello sterno può comprimere e spostare il cuore, e causare sintomi quali palpitazioni, aritmie, disfunzione ventricolare destra. Altri disturbi che possono essere presenti sono di tipo respiratorio: dispnea da sforzo, asma, infezioni ricorrenti, riduzione della funzionalità respiratoria per un quadro restrittivo. È abbastanza frequente che questi pazienti si affaticino più dei loro coetanei quando svolgono attività sportiva, in particolare la corsa. Un altro sintomo più raro è il dolore o un senso di costrizione al torace. In molti casi, però, i bambini affetti da Pectus Excavatum non presentano disturbi soggettivi che limitino



fig.1

no gravemente l'attività fisica o sportiva o mettano in allarme i genitori o il pediatra. In realtà ciò che è più evidente in questi pazienti, in particolare a partire dall'età puberale, è il **disagio psicologico**. Si tratta spesso di ragazzi introversi, con bassa autostima, che si vergognano profondamente del loro difetto fisico. Per questo evitano di scoprirsi il torace, di andare in spiaggia o in piscina, di partecipare a sport di squadra. Pur essendo una malformazione relativamente frequente e di solito evidente, il Pectus Excavatum a volte non viene diagnosticato, e i pazienti stessi per lungo tempo non sanno neppure il nome e la causa del loro "buco" nel torace. Se poi la famiglia vuole sapere come affrontare il problema, spesso vengono fornite, purtroppo, anche dai medici consultati, indicazioni poco pertinenti. È frequente che venga detto ai pazienti che con il tempo la



fig.2

situazione può migliorare, mentre in genere tende ad accentuarsi in maniera importante. Spesso vengono consigliati esercizi, **fisioterapia, sport, che non possono, da soli, correggere la deformità**. Per migliorare l'informazione su questo tipo di malformazione abbiamo realizzato un sito internet (www.pectus.it) che è risultato uno strumento utilissimo di diffusione d'informazione medica, e che è frequentatissimo da parte dei pazienti stessi, in genere ragazzini o adulti che, non trovando le risposte adeguate al loro problema, si rivolgono alla rete. Cosa fare, quindi, in caso di Pectus Excavatum? Occorre rivolgersi a un centro di riferimento per questo tipo di malformazioni, come l'Istituto Gaslini, che da anni è il centro con maggiore esperienza in Italia. Qui verrà valutato esattamente il tipo di malformazione, la sua severità, la presenza di eventuali sindromi associate,

l'eventuale compromissione cardiaca o polmonare, e l'entità del disagio psicologico causato dalla malformazione, per poter decidere il trattamento più adeguato. Per questo si eseguono, dopo la visita, alcuni esami specifici non invasivi quali l'ecocardiografia, le prove di funzionalità respiratoria, le prove cardiologiche da sforzo, la TAC del torace. L'intervento chirurgico viene proposto nei casi severi, nei pazienti sintomatici e in quelli con problematiche psicologiche importanti. La tecnica più moderna per la correzione del Pectus Excavatum è quella mini-invasiva, che prevede, attraverso due incisioni laterali estetiche di 2 cm, l'inserimento di una barra particolare, modellata per ciascun paziente, sotto visione toracoscopica. La barra viene ruotata e in questo modo si ottiene la correzione immediata della malformazione. Tale tecnica, ideata e presentata da un chirurgo americano, Donald Nuss, nel 1997, in Italia è ancora poco praticata. Il Gaslini si distingue per **un'esperienza unica in Italia** di circa **100 casi in tre anni**, e gli interventi di questo tipo sono sempre più numerosi. In precedenza l'intervento chirurgico era realizzato mediante incisione toracica anteriore e resezione di



alcune cartilagini costali. Il nuovo approccio proposto da Nuss ha il vantaggio di evitare la cicatrice sternale anteriore e di essere meno invasivo in quanto non vengono asportate cartilagini costali. Il risultato della correzione chirurgica è già evidente al termine dell'intervento. La barra che viene posta dietro lo sterno viene lasciata circa tre anni, dopodiché tramite un semplice intervento viene rimossa e il petto, ormai cresciuto secondo la nuova conformazione corretta, non rischia di ritornare escavato come in precedenza. **I risultati della tecnica mini-invasiva sono eccellenti** (fig. 2). In molti casi si possono riscontrare importanti miglioramenti nella personalità del paziente operato.

Vincenzo Jasonni
Direttore Dipartimento Chirurgia

Importanti progressi nel trattamento dell'artrite idiopatica giovanile



CONTINUA DA PAGINA 1

Queste terapie devono poi essere studiate, per sicurezza ed efficacia, anche nei bambini non solo perché il bambino è un organismo con caratteristiche particolari (e gli effetti collaterali dei farmaci possono quindi essere diversi) ma anche perché l'artrite idiopatica giovanile (AIG) è una malattia diversa dall'artrite dell'adulto. Oggi è possibile studiare sicurezza ed efficacia dei farmaci utilizzati per i bambini grazie all'approvazione da parte della Food and Drug Administration (FDA) e della European Medicines Agency (EMA) della cosiddetta "regola pediatrica". Questa norma prevede che se un'industria intende registrare un nuovo farmaco per uso nell'adulto deve fornire indicazioni sulla sua efficacia e sicurezza anche nel bambino qualora nel bambino esista una malattia analoga a quella per cui viene chiesta la registrazione nell'adulto. Per eseguire questi studi occorre reclutare in un tempo ragionevole il numero di pazienti necessario, il

che, nel caso di malattie a bassa frequenza come l'AIG, non è facile. A questo scopo sono state create due reti internazionali. La più vasta, il Pediatric Rheumatology International Trial Organization (PRINTO), che ho fondato 12 anni fa con il mio collaboratore Dr **Nicola Ruperto**, ha sede presso la Pediatria II dell'Istituto G. Gaslini di Genova. Raduna tutti i centri di reumatologia pediatrica del mondo con l'eccezione di quelli del Nord America che fanno riferimento ad una analoga struttura, il Pediatric Rheumatology Collaborative Study Group (PRCSG). Oltre ad effettuare in collaborazione studi clinici le due reti hanno anche elaborato gli strumenti che sono necessari per valutare in maniera attendibile gli effetti dei farmaci nelle malattie reumatiche del bambino. Sul numero del 21 agosto del **New England Journal of Medicine** e su quello del 2 agosto di **Lancet**, le due più importanti riviste mediche del mondo, sono stati riportati i risultati di **due studi realizzati da PRINTO** in collaborazione con il PRCSG. Questi studi hanno mostrato l'efficacia e la sicurezza nella terapia dell'AIG di due farmaci, rispettivamente Adalimumab e Abatacept, già in commercio per l'artrite dell'adulto. In entrambi gli studi la percentuale dei pazienti che ha risposto alla terapia è stata assai alta e molti di questi pazienti

hanno ottenuto livelli di miglioramento molto consistenti in assenza di effetti collaterali significativi. **Adalimumab** è un anticorpo umano che si lega specificamente al tumor necrosis factor (TNF) inibendone la funzione. Il TNF è una molecola che svolge un ruolo di grande importanza nell'infiammazione e la sua inibizione si è rivelata fino ad oggi una delle armi più potenti contro l'infiammazione articolare cronica. **Abatacept** è una molecola che inibisce l'attivazione dei linfociti T, gli orchestratori principali della risposta autoimmune, contribuendo così a ridurre l'infiammazione. Questi due studi permetteranno la commercializzazione dei due farmaci con l'indicazione specifica per l'AIG permettendo così di migliorare ulteriormente la prognosi della malattia. I due studi dimostrano inoltre come, grazie ad una larga collaborazione internazionale (in questo caso con la determinante regia italiana), sia possibile valutare la sicurezza e l'efficacia dei farmaci anche in malattie pediatriche di non elevata frequenza come l'AIG. Contatti utili:
Segreteria: ☎ 010-5636386,
Degenza: ☎ 010-5636315.
Ambulatorio: ☎ 010-5636386
Day Hospital: ☎ 010-5636385.
e-mail: pediatria2@ospedale-gaslini.ge.it

Alberto Martini,
Direttore Pediatria II



PRINTO ha creato un portale di informazione interamente rivolto alle famiglie con bambini affetti da malattie reumatiche: www.pediatric-rheumatology.printo.it La realizzazione del sito è stata possibile grazie ad un finanziamento dell'Unione Europea. Nella home page vengono visualizzate le bandiere di 40 diversi paesi; la scelta di utilizzare le bandiere insieme al nome del paese nella lingua originale, permette ai naviganti di tutto il mondo di individuare con immediatezza le pagine a loro dedicate e di ottenere le informazioni nella lingua del paese di appartenenza. Cliccando su ciascuna bandierina si accede a tre diverse sezioni: la prima fornisce, nel formato domanda-risposta, informazioni sulle malattie reu-

matiche pediatriche e sulle loro terapie; la seconda elenca i principali centri di reumatologia pediatrica presenti nel paese. Per ogni centro sono disponibili l'indirizzo, l'eventuale sito web, i numeri di telefono e l'indirizzo e-mail; la terza elenca le associazioni di sostegno alle famiglie presenti in ogni paese con i relativi contatti. La semplicità della struttura, la molteplicità di lingue e informazioni, l'attendibilità dei contenuti e la possibilità di reperire i contatti dei centri specializzati del proprio paese forniscono all'utente la possibilità di orientarsi nel mare d'informazioni sparse e talora non affidabili che Internet fornisce. Il successo del sito è documentato da più di 11.000 accessi al giorno provenienti da oltre 130 paesi diversi.



Curare la convulsione febbrile: consigli e rimedi



La convulsione febbrile è un evento caratterizzato da vari sintomi spesso associati: scosse del corpo, deviazione dello sguardo, talvolta irrigidimento o rilasciamento del tronco, non risposta agli stimoli, perdita di coscienza (il bambino sembra svenuto), pallore o rossore del volto e del corpo.

È caratteristica del periodo della prima infanzia sino ai 5-6 anni circa, talvolta familiare, ma, se non presenta complicanze immediate e si risolve spontaneamente, non è pericolosa ed è priva di conseguenze per il futuro.

Ma perché avviene e perché non colpisce tutti i piccoli? La convulsione febbrile è una reazione dell'organismo alla febbre o, per meglio dire, all'improvviso rialzo febbrile; può essere segnalata una predisposizione familiare ma non esiste, comunque, un costante nesso di casualità fra febbre e con-

vulsione febbrile e questo spiega perché le convulsioni non vengono a tutti i bambini. Che cosa possono fare i genitori? Diciamo chiaramente che il genitore accorto può solo **condurre il proprio piccolo in Pronto Soccorso**, una volta insorto l'evento.

È comunque assolutamente necessario tenere sotto controllo lo stato febbrile dei nostri figli, soprattutto nell'età di maggior rischio.

È importante aggiornare il peso del bambino per poter somministrare il farmaco alla giusta posologia in quanto che, in età pediatrica, tutti i farmaci vengono somministrati secondo il peso. Gli antipiretici più utilizzati sono il Paracetamolo e l'ibuprofene ai seguenti dosaggi: **Paracetamolo**: per via rettale 20 mg /Kg ogni 4-5 ore se febbre a 38; per via orale la sospensione a 10 mg/kg, oppure le gocce a 3 gocce per Kg ogni 4-5 ore se febbre a 38.

Ibuprofene: solo per via orale 10 mg/Kg ripetibile ogni 8 ore (importante far assumere al bambino tanti liquidi) sempre se febbre a 38.

Insieme alla terapia farmacologica antipiretica, sarà utile tenere il piccolo scoperto, con borsa del ghiaccio in regione

inguinale (difficilmente un lattante o un bambino piccolo saprà sopportare una borsa del ghiaccio sulla testa) e con brevi frizioni con acqua alle estremità. La dieta del piccolo dovrà essere leggera e soprattutto idrica.

Qualora poi intervenga la crisi convulsiva o un episodio che ai genitori sembri una crisi convulsiva, sarà indispensabile **allertare il 118**, non tentare di infilare le dita della propria mano nella bocca del piccolo, nel timore della morsicatura della lingua, e **non scuotere il piccolo** a livello del tronco per evitare, soprattutto nel lattante, traumi del rachide cervicale. Una volta superato il primo episodio, i genitori dovranno tenere in casa un farmaco, da somministrare per via rettale (evitare in caso di profusa diarrea), che ha lo scopo di bloccare la convulsione (Diazepam 5 mg e 10 mg). Tuttavia sarà sempre opportuno il controllo medico. Il genitore, così, farà sicuramente qualcosa di utile per il proprio figlio, lasciando poi a mani esperte la gestione clinica dell'evento.

Antonella Palmieri
UO di Pronto Soccorso Medicina
d'Urgenza e Osservazione- DEA

Acne: cosa fare e cosa evitare



L'acne è una malattia infiammatoria che coinvolge aree della cute (viso, dorso prevalentemente) ricche di ghiandole sebacee. Verso i 10-12 anni per motivi costituzionali alcuni "pori" si ostruiscono per cui il loro canale sebaceo si riempie di sebo, detriti cellulari e batteri, originando il cosiddetto comedone chiuso o punto bianco, lesione iniziale dell'acne. Attraverso successivi eventi infiammatori compaiono le altre lesioni tipiche della malattia: comedoni aperti (punti neri), pustole ("brufoli"), noduli, cisti, cicatrici.

L'acne è la patologia dermatologica più frequente nella popolazione giovanile: inizia di solito in età prepubere e dopo 4-5 anni, il quadro clinico raggiunge il massimo grado di severità, per risolversi intorno ai 18-20 anni. Un certo numero di pazienti può presentare lesioni acneiche fino all'età di 40 anni ed oltre.

Gravi lesioni acneiche e soprattutto cicatrici, localizzate prevalentemente sul viso, sono in genere poco accettate e possono interferire negativamente anche sulla sfera psichica ed emozionale dei ragazzi: scarsa autostima, insicurezza, timidezza, frustrazione, ansia, tendenza all'isolamento dalla vita sociale con calo del rendimento scolastico e peggioramento della qualità di vita.

Sebbene tali problematiche si associno più frequentemente a forme importanti di acne, la percezione che il paziente ha della gravità della propria malattia sembra incidere in misura maggiore rispetto alla reale entità delle lesioni. Per questo motivo è **necessario trattare da subito anche le forme lievi e moderate dell'acne** senza tralasciare di considerare, quando necessario, anche lo stato psicologico del paziente.

Non si può curare l'acne da soli o affidandosi ai consigli di amici e parenti o a suggestioni pubblicitarie: è una malattia e come tale va trattata affidandosi necessariamente al pediatra, al medico di famiglia ed al dermatologo col quale andrà instaurato un rapporto di fiducia.

La risoluzione del quadro clinico, oltre a liberare il paziente dalla malattia, previene la comparsa di cicatrici permanenti, esteticamente invalidanti; dal-

l'altra il raggiungimento del benessere psico-fisico del giovane paziente evita la comparsa di ipotetiche cicatrici psicologiche, esiti ancora più gravi di quelli estetici.

I risultati che si possono ottenere con una adeguata terapia sono nella maggior parte dei casi più che soddisfacenti: gli schemi terapeutici a disposizione del dermatologo sono moltissimi ed estremamente modulabili sulle necessità del singolo paziente. Ecco le risposte ad alcune delle più frequenti domande:

Posso schiacciare i punti neri e le pustole (brufoli)?

È una domanda che spesso ci rivolgono le ragazze che vivono la presenza di questi elementi sul viso in maniera negativa associandoli a una sensazione di sporco e di trascuratezza.

I punti neri non vanno strizzati! È importante convincere i giovani pazienti ansiosi a non spremere questi elementi, ma ad utilizzare creme a base di tretinoina e affini o di benzoil perossido che facilitano l'apertura del comedone. Oltre ai punti neri non devono essere spremuti i "brufoli" per far uscire il pus. Le manipolazioni possono aumentare l'infiammazione, generare infezioni secondarie ed escoriazioni traumatiche che possono lasciare cicatrici permanenti

Cosa posso mangiare?

In linea di massima si può mangiare tutto quello che si vuole: non è abolendo cioccolato o salumi che si risolve la malattia; ovviamente sono importanti corrette abitudini alimentari che evitino importanti aumenti ed anche diminuzioni del giusto peso, perché possono causare squilibri ormonali talvolta coinvolti nella patogenesi dell'acne.

Posso espormi al sole?

In generale un'esposizione solare graduale con l'uso di opportune creme solari non grasse diminuisce l'untuosità della pelle e rende meno evidenti le manifestazioni cutanee grazie alla pigmentazione; in realtà l'esposizione al sole può avvenire a patto che non vengano applicati o ingeriti farmaci (come la maggior parte dei farmaci anti-acne) in grado di sensibilizzare la cute ai raggi ultravioletti e che il dermatologo indichi quali prodotti il singolo individuo deve o potrà utilizzare durante l'esposizione al sole. È importante poi rivedere il paziente immediatamente dopo il periodo estivo dal momento che spesso dopo l'estate si assiste ad una recrudescenza delle lesioni.

Corrado Occhella
Direttore U.O. Dermatologia

Capricci: aiutiamo i piccoli a gestire la frustrazione



Controllare l'emozione è difficile per tutti, per i bambini di più! Un bambino frustrato, arrabbiato o spaventato esprime ciò che prova piangendo, o agendo in maniera inappropriata. In queste occasioni i genitori possono provare rabbia, sentirsi incapaci o imbarazzati. I capricci sono l'espressione di una fase normale ed importante dello sviluppo dell'autocontrollo: quasi tutti i bambini (80%) fanno i capricci tra l'età di uno e quattro anni (il 20% a 2 anni e il 10% a 4 fanno capricci tutti i giorni). Il vostro bambino è occupatissimo ad imparare tutto del suo mondo. Desidera controllare le cose intorno a lui, vuole essere indipendente e può tentare di fare cose oltre i limiti delle sue competenze motorie, linguistiche, cognitive etc. Può non accettare l'insuccesso, ancora meno quando è stanco, affamato, impaurito.

Controllare le proprie emozioni può essere una delle mete più difficili da raggiungere!

Prevenire è meglio che correggere o curare. Non meravigliatevi se i capricci accadono solo con voi: è il suo modo di mettere alla prova le vostre regole e i suoi limiti.

Molti bambini non agiscono di fronte agli estranei e sono più cauti con gli sconosciuti. I bambini si sentono più sicuri mostrando le loro emozioni alle persone di cui hanno maggiore fiducia.

Ecco alcuni piccoli suggerimenti per ridurre le occasioni di capricci:

Un bambino non dovrebbe mai essere punito od offeso per dei capricci, potrebbe iniziare ad accumulare rabbia e frustrazione dentro di sé, al contrario la vostra risposta dovrebbe essere sempre calma e comprensiva. Offrite sempre un buon esempio evitando di litigare e urlare davanti a lui. Ponete limiti ragionevoli, date spiegazioni molto semplici e NON cambiate le regole! Mantenete, per quanto possibile, impegni e routine regolari, cadenzati, perché conosca il programma.

Incoraggiatelo ad usare le parole, per esprimere le sue sensazioni, suggerite quelle giuste. Assicuratevi che sia sufficientemente riposato soprattutto prima di una giornata piena ed impegnativa.

Distraete il bambino dalle attività che possono portare al capriccio, approfittate del piccolo tempo di attenzione che ha a questa età.

Fate attenzione a che cosa state dicendo di "NO!", ascoltate attentamente le sue richieste.

Evitate situazioni che possano farlo sentire incapace, come giocare con bambini o giochi che sono troppo avanti per le sue abilità.

Preparatevi con piccole e sane merende per quando sarà affamato.

Quando rivolgersi al pediatra o allo psicologo?

Quando il bambino fa male a sé o agli altri, quando trattiene il respiro e se dopo i 4 anni la situazione peggiora. Crescendo imparerà a saper trattare le proprie emozioni, i capricci non sono "facili" da trattare, ma usare un approccio comprensivo e costante aiuterà voi e il bambino in questa fase dello sviluppo.

Ezio Casari
Direttore U.O. Psicologia



Biglietti, bomboniere e orologi: i regali solidali per aiutare l'ortopedia



Continua come negli anni precedenti la tradizione di solidarietà a favore dei bambini ricoverati: attraverso le nostre proposte i privati e le aziende avranno l'opportunità di scegliere il modo che preferiscono per porgere gli auguri od offrire un regalo solidale.

Quest'anno l'obiettivo individuato è il miglioramento del reparto di ortopedia e traumatologia mediante l'acquisto di nuove apparecchiature e l'acquisizione di arredi, finalizzati all'accoglienza, per rendere più confortevole il soggiorno in ospedale dei bambini e dei loro familiari. Il rinnovamento tecnologico, unito alle capacità professionali dell'équipe medica, consente la realizzazione di interventi chirurgici (e di altre attività sanitarie ad essi collegate) sempre più perfezionati dal punto di vista specialistico, che permettono a tanti bambini di



ritornare a condurre una vita piena attraverso il recupero delle ottimali condizioni di salute.

Contiamo come sempre sul generoso ed ormai costante appoggio di privati ed aziende che ha consentito negli anni scorsi, grazie alla forte adesione all'iniziativa natalizia, di acquistare importanti apparecchiature per altri due reparti: dermatologia ed anestesia e rianimazione. In occasione delle festività natalizie per l'anno 2008 coloro che vorranno sostenere i bambini ricoverati presso questo ospedale potranno acquistare le nostre bomboniere, i biglietti di auguri e

il simpatico orologio del Gaslini. Tutti coloro che ci aiuteranno a raggiungere l'obiettivo di quest'anno a favore di ortopedia e traumatologia riceveranno, ad iniziativa conclusa, rendicontazione di quanto raccolto.



L'Ufficio Informazione e Comunicazione è a disposizione per prenotazioni ed informazioni al ☎ 010 5636628/637, e-mail: relpubblico@ospedale-gaslini.ge.it. Tutti coloro che saranno interessati potranno prendere visione del materiale offerto in beneficenza presso questo ufficio.

Frati Cappuccini contro Ordine di Malta

Raccolti 11.000 euro nella partita tra religiosi e Ordine di Malta

Frati in campo per aiutare i bambini malati. Ma questa volta hanno lasciato sandali e saio per indossare più prosaiche scarpe chiodate, maglietta e pantaloncini: nell'ambito delle celebrazioni per i 70 anni dalla fondazione dell'Istituto Gaslini, sabato 7 Giugno 2008 si è tenuta allo



Stadio Carlini di Genova una partita di calcio tra la Nazionale Italiana dei Frati Cappuccini e una selezione di ragazzi appartenenti ai Gruppi Giovanili del Sovrano Militare Ordine di Malta. L'evento è stato promosso e organizzato da **Padre Aldo Campone**, l'attivissimo parroco della Chiesa Gentilizia di San Gerolamo dell'Istituto Gaslini e patrocinato dalla Regione Liguria, dalla Provincia e dal Comune di Genova. La partita è stata organizzata per contribuire a raccogliere fondi finalizzati all'acquisto di una seconda risonanza magnetica pediatrica. Grazie alla generosità di numerosi partecipanti sono stati raccolti circa 11 mila euro. Effettuare oltre agli esami morfologici standard anche esami spettroscopici, neurofunzionali e cardiovascolari estremamente efficaci in brevissimo tempo permetterebbe di ridurre notevolmente le liste d'attesa presso l'ospedale pediatrico genovese.

Airc e Secolo XIX: raccolti 56 mila euro per la ricerca

Un edicolante ha devoluto la crociera premio ad una nostra paziente



Si è conclusa nel migliore dei modi l'iniziativa di beneficenza "Un euro contro il cancro", che ha visto protagonisti tantissimi edicolanti genovesi supportati da Airc e "Il Secolo XIX": sono stati raccolti 56 mila euro. Non solo, la crociera offerta da Costa Crociere è stata vinta dall'edicolante **Caterina Castelli**, che, oltre ad aver collaborato all'iniziativa benefica, insieme al figlio **Riccardo Troiano**, ha deciso di regalare il premio ad una nostra paziente.

Maria, i suoi 18 anni li festeggerà a bordo della Costa Serena, in viaggio per scoprire le bellezze di Grecia e Turchia. Un premio meritato per questa

bellissima ragazza, che lotta con forza per ritrovare la salute da quando aveva 14 anni, e da tre ha fatto del Gaslini la sua seconda casa. I fondi raccolti serviranno a finanziare un network italiano, capofila il Gaslini, di centri che si occupano di ricerca contro i tumori cerebrali, i più difficili e delicati da curare.

La rete nazionale è coordinata dai genovesi **Armando Cama**, direttore della Neurochirurgia e **Maria Luisa Garrè** neurooncologa del Gaslini. "Abbiamo potenziato la nostra struttura - ha spiegato il direttore dell'Ematologia **Giorgio Dini** - perché da un lato i tumori cerebrali nel bambino hanno bisogno di cure diverse

dalla radio e dalla chemioterapia e dall'altro perché i pazienti neurooncologici stanno aumentando tantissimo: ogni anno 120 diagnosi di nuovi tumori che passano dal nostro dipartimento".



*Dubbi sulla somministrazione o sulla corretta conservazione dei farmaci?
I farmacisti della Provincia di Genova risponderanno alle vostre domande.
Scriveteci a questo indirizzo: chiedi@federfarmagenova.it*

Farmaci on-line: possiamo fidarci?

CONTINUA DA PAGINA 1

Lo sviluppo dell'e-commerce (vendita di farmaci, parafarmaci, vitamine e integratori attraverso internet) e la deregolamentazione del commercio al dettaglio per taluni farmaci (i cosiddetti OTC o farmaci da banco) potrebbe aumentare considerevolmente il rischio di consumare farmaci di qualità non controllata o addirittura contraffatti. Oltre al rischio dell'acquisto di farmaci contraffatti, il problema è dato dalla possibilità d'acquisto di farmaci per i quali è obbligatoria la prescrizione (ricetta) del medico e quindi ai pericoli di una automedicazione senza controllo.

Secondo un recente rapporto dell'WHO (Organizzazione Mondiale della Sanità), 1 farmaco su 10 nel mondo è falso e negli ultimi anni l'uso di Internet per rifornirsi di sostanze psicotrope e stupefacenti è aumentato in modo vertiginoso. Il problema della contraffazione dei farmaci è senz'altro un problema emergente che potrebbe toccare direttamente anche i consumatori europei, più di quanto non lo sia ora.



Nel luglio 2006, il comandante dei Nas, gen. Emilio Borghini a margine della conferenza internazionale di Roma, organizzata dall'AIFA (l'Agenzia Italiana del Farmaco) e dal WHO in cui veniva lanciata la task force denominata



IMPACT (International Medical Products Anti-Counterfeiting Taskforce) per la lotta alla contraffazione dei farmaci, dichiarava che "quello che preoccupa è il mercato della vendita e della contraffazione dei farmaci via Internet" aggiungendo inoltre "ho paura che le percentuali di vendita di farmaci contraffatti attraverso la rete delle reti sia superiore a quella registrata in tutto il mondo ed è - concludeva - un rischio per tutti, prima di tutto per il paziente".

Questo preoccupante fenomeno ci consente di riconsiderare il ruolo del farmacista come unico professionista fondamentale nella "consegna del farmaco" e della Farmacia come il luogo deputato da secoli alla distribu-

zione di esso (vedi l'Ordinanza Medicinale di Federico II Re di Sicilia del 1240).

I farmaci, anche quelli di automedicazione, non sono una merce qualsiasi, e hanno la loro naturale sede di vendita nella Farmacia, luogo sottoposto a specifici controlli delle autorità sanitarie e affidato alla responsabilità di un professionista, il Farmacista, il cui ruolo è tanto più centrale nella loro distribuzione, perché garantisce ai cittadini la necessaria sicurezza e l'in-

sieme di consigli e avvertenze per usare al meglio i farmaci, anche i più noti e comuni, riducendo i rischi comunque intrinsecamente connessi al loro sempre più vasto impiego, in tutte le fasce d'età, dal bambino all'anziano. Non si ricorda mai abbastanza che per un farmaco di libera vendita ormai anche nei corner dei supermercati, quale il paracetamolo, è ormai ampia la letteratura sui costi per i danni da abuso e sovradosaggio del farmaco, stimati in 87 milioni di dollari negli Stati Uniti: uno studio canadese riscontra che la mancata consapevolezza di medici e pazienti peggiora le cose favorendo le overdose accidentali (Meyers R.P. et al.: BMC Public Health, 2007: 7-143).

Va inoltre ricordato che solo negli Stati Uniti ogni anno 700.000 persone vanno al pronto soccorso per problemi da farmaci.

Il farmacista è un professionista laureato e per legge tenuto ad aggiornarsi costantemente mediante i corsi ECM (Educazione Continua in Medicina). All'interno della Farmacia, canale tuttora privilegiato per la distribuzione dei farmaci in Italia, garantisce la qualità e la sicurezza dei medicinali, tanto più quanto ha la possibilità, di avere una visione di sintesi delle varie terapie farmacologiche prescritte sia da medici generalisti che specialisti, comprese quelle croniche di fondo che si assumono da sempre ed in continuazio-



ne. Proprio queste ultime terapie possono essere proprio le più insidiose, a causa delle interazioni indesiderate, perché proprio l'abitudine non sempre le fa emergere nelle anamnesi: il farmacista, punto d'arrivo e di partenza delle prescrizioni che riceviamo, ha la possibilità, la capacità, il dovere di controllarne responsabilmente l'eventuale accumulo.



L'A.V.O. è un'associazione nazionale ONLUS di Volontari che dedicano parte del loro tempo al servizio gratuito ai malati ricoverati negli ospedali e nelle Case di Riposo. L'A.V.O. GENOVA opera dal 1978 e quest'anno festeggerà i trent'anni di attività e, per questo, ha programmato una serie di manifestazioni che si concluderanno con un apposito convegno sul tema "Il dono della presenza".

Il servizio A.V.O., nel suo specifico, vuole assicurare una presenza amichevole offrendo ai malati e ai loro familiari, durante la degenza, calore umano, ascolto, compagnia, cercando di collaborare con il personale ospedaliero per una migliore umanizzazione delle strutture.

L'A.V.O. GASLINI ha iniziato il suo servizio presso l'Istituto nel 1981 e conta attualmente 300 Volontari che operano in 20



L'A.V.O. Genova compie trent'anni

reparti. Il compito dei Volontari è quello di portare un **sorriso ai bambini malati**, organizzando attività ludiche e di intrattenimento, per cercare di distogliere nel limite del possibile il bambino dal pensiero della sua sofferenza, nonché di dare una completa **disponibilità di ascolto ai genitori** e anche di permettere loro di allontanarsi con tranquillità per qualsiasi motivo o esigenza, garantendo sorveglianza e compagnia al bambino.

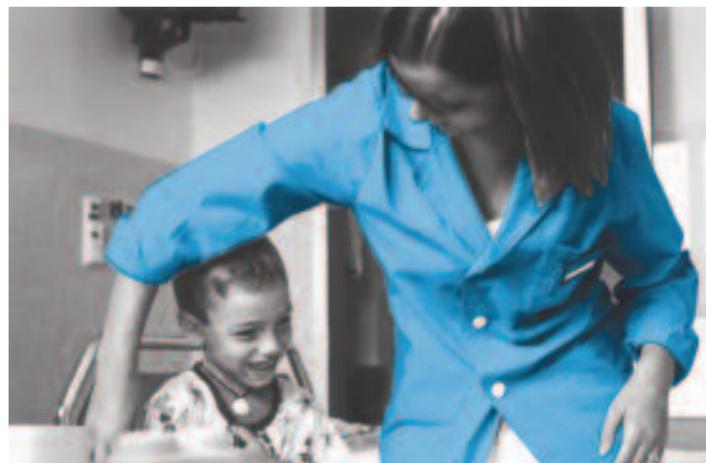
Alcuni Volontari assicurano inoltre un **servizio di accoglienza e accompagnamento** al Pronto Soccorso, ai Poliambulatori, agli Ambulatori di Fisioterapia, Ortopedia, Neuropsichiatria e Pediatria 2.

Al Gaslini, oltre al servizio fisso in ogni reparto, esiste il **"Pronto Intervento"** dedicato principalmente ai bambini non accompagnati o segnalati direttamente dalle Assistenti Sanitarie e Sociali del Servizio Socio Sanitario.

I Volontari di ogni reparto sono coordinati da un responsabile e si riuniscono regolarmente per confrontarsi, al fine di assicura-

re un servizio migliore.

Per entrare a far parte dell'A.V.O. gli aspiranti Volontari devono seguire un **corso di formazione** base, che viene impartito da persone qualificate e che dà anche



una formazione etico - sanitaria indispensabile per accedere ai reparti. Un compito importante dell'Associazione è quello di organizzare corsi di aggiornamento e giornate di riflessione che sostengono e stimolano le capacità individuali e che, di conseguenza, contribuiscono ad avvalorare l'armonia di un folto gruppo di

amici, con cui scambiare esperienze spirituali e culturali.

L'A.V.O. ha sempre bisogno di forze nuove e a questo proposito si appella al mondo dei giovani che sono la speranza del doma-

da una campagna promozionale. Per l'A.V.O. GASLINI in particolare le informazioni si possono avere al ☎ 010.5636233, ogni mercoledì dalle ore 15 alle ore 18. Centro Formazione A.V.O. Genova: ☎ 010.5634980. <http://www.avogenova.it> e-mail: segreteria@avogenova.it

Mondo Gaslini

Publicazione trimestrale dell'Istituto G. Gaslini di Genova

Mondo Gaslini n° 3
Reg. Trib. di Genova n. 24 del 27/07/2006

Proprietaria ed Editrice
Istituto Giannina Gaslini

Direttore Responsabile
Maura Macciò

Grafica
Grafix Studio

Largo Giannina Gaslini 5,
16147 Genova
www.gaslini.org
mondo@ospedale-gaslini.ge.it

Stampato nel mese di settembre 2008
Scuola Tipografica Sorriso Francescano S.r.l.
Via Riboli, 20 - 16145 Genova