

# Quaderni acp

bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici della  
associazione culturale pediatri

[www.acp.it](http://www.acp.it)

## Madonna e Bambino con il libro



**97** Editoriale: L'affaire costo dei lattini **98** Omogeneizzati e telarca: problema reale o rappresentazione mediatica? **102** Sirchia contro l'aziendalizzazione: una sconfitta annunciata **103** Il ricovero dei bambini in ospedale **106** Reazioni avverse ai vaccini: sempre confusione **107** Film **108** Congressi Controluce **110** Nati per leggere **112** Libri **114** Info **117** Bambini di strada **118** Lettere **119** "Department of errors" **122** Certezze e dubbi in medicina neonatale **129** I fitofarmaci prevengono le infezioni respiratorie ricorrenti? **132** Usare gli steroidi in un bambino con paralisi del facciale? **136** Sara e gli immunostimolanti **138** La fototerapia a domicilio **140** Vaccinare contro la varicella: scelta non facile **142** Pidocchi in testa?

**maggio-giugno 2004 vol 11 n°3**

spedizione in abb postale - 45% Art 2, Comma 20/B L 662/96 filiale di Forlì - Aut Tribunale di Oristano 308/89

# Quaderni acp

website: [www.quaderniacp.it](http://www.quaderniacp.it)

maggio - giugno 2004 vol 11 n° 3

## Editoriale

- 97 *L'affaire* costo dei lattini  
*Michele Gangemi*

## Attualità

- 98 Omogeneizzati e telarca: problema reale o rappresentazione mediatica?  
*Bartolomeo Griglio, Roberto Lala, Laura Gianotti*
- 102 Sirchia contro l'aziendalizzazione: una sconfitta annunciata  
*Giancarlo Biasini*

## Organizzazione sanitaria

- 103 Il ricovero dei bambini in ospedale  
*Paolo Siani, Giuseppe Cirillo*

## Vaccinaci

- 106 Reazioni avverse ai vaccini: sempre confusione  
*Luisella Grandori*

## Film

- 107 Dal bacio di *Peter Pan* al sangue de *La Passione* *Italo Spada*

## Congressi controllo

- 108 Literacy, crescita economica e...  
Nati per leggere  
*Alessandra Sila, Giorgio Tamburlini*
- 109 Incontro sulle vaccinazioni aperto al pubblico ad Asolo *m.b.*
- 109 I problemi dell'alimentazione con B. Cramer *Danielle Rollier*

## Nati per leggere

- 110 Il primo libro del bambino è pronto
- 110 Lo sviluppo del progetto in Lazio, Lombardia, Sicilia, Emilia-Romagna, Abruzzo
- 111 Lettere a NPL

## Libri

- 112 Gli armeni *Ives Ternon*
- 112 Ad occhi chiusi *Gianrico Carofiglio*
- 113 La neve di Ahmed *Francesca Carminoli*
- 113 Ci siamo adottati *Mery La Rosa*

## Info

- 114 Assistenza sanitaria l'11 marzo a Madrid
- 114 En attendant ... la farmacogenomica
- 114 Una brutta aria per gli antibiotici

- 114 USA: un piano di ricerca per l'autismo
- 114 794 miliardi di dollari per armi
- 115 Obesità: rigore in UK
- 115 Obesità: in USA invece...
- 115 La salute dei bambini costa
- 115 Sirchia, le UTAP e i pediatri
- 115 In breve

## ACP News

- 117 Bambini di strada *Maurizio Bonati*

## Lettere

- 118 Questa è la mia ACP *Rosario Cavallo*
- 119 Finanziamenti occulti? *Efrem Marri*
- 119 Sbagliano i conti? *Marco Belletini*
- 119 "Department of errors"  
*Francesco Morandi, Fabio Pivi*

## 121 Ausili Didattici

## Aggiornamento avanzato

- 122 Certezze e dubbi in medicina neonatale  
*Marcello Orzalesi*

## Leggere e fare

- 129 I fitofarmaci prevengono le infezioni respiratorie ricorrenti?  
*Oriana Testagrossa*
- 132 Usare gli steroidi in un bambino con paralisi del facciale?  
*Antonella Stazzoni, Manuela Pasini, Roberta Ciambra*

## Narrative Medicine

- 136 Sara e gli immunostimolanti  
*Federica Zanetto, Michele Gangemi*

## Esperienze

- 138 La fototerapia a domicilio  
*Augusto Biasini, Giampiero Casadei, Antonio Belluzzi et al.*

## Il punto su

- 140 Vaccinare contro la varicella: una scelta non facile *Luisella Grandori*

## Informazioni per genitori

- 142 Pidocchi in testa?  
*Sergio Conti Nibali*

### Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2004 è di Euro 75. Il versamento deve essere effettuato tramite il c/c postale n. 12109096 intestato a: Associazione Culturale Pediatri - via Montiferru, 6 - Narbolia (OR) indicando nella causale l'anno a cui si riferisce la quota. L'iscrizione all'Associazione Culturale Pediatri dà diritto: a ricevere Quaderni acp, ad uno sconto del 50% sulla quota di abbonamento a Medico e Bambino, ad uno sconto di 25 Euro sulla quota di iscrizione al Congresso Nazionale ACP. Per iscriversi la prima volta occorre inviare una richiesta scritta (fax 0783 599149 o e-mail: [francdessi@tiscali.it](mailto:francdessi@tiscali.it)) con cognome, nome, indirizzo e qualifica, e versare la quota come sopra indicato. I soci che fanno parte di un gruppo locale affiliato all'ACP devono versare la quota al loro referente locale, il quale potrà trattenerne il 30% per l'attività del gruppo.

# Quaderni acp

Website: [www.quaderniacp.it](http://www.quaderniacp.it)  
may-june 2004; 11(3)

## 97 Editorial

The milk formulas price affair  
*Michele Gangemi*

## 98 Current issues

Homogenized food and the larvae: is it a real problem or a mass media representation?  
*Bartolomeo Griglio, Roberto Lala, Laura Gianotti*  
Minister for Health against Health management: an announced defeat  
*Giancarlo Biasini*

## 103 Health care system

Children's hospitalization in Italy  
*Paolo Siani, Giuseppe Cirillo*

## 106 Vaccinacipi

Vaccine's adverse reactions:  
always confusion

## 107 Movies

## 108 Meeting synopses

## 110 Born to read

## 112 Books

## 107 ACP news

Manila's street children *Maurizio Bonati*

## 118 Letters

## 121 Didactic support

## 122 A close-up on progress

Doubts and certainties in neonatal medicine  
*Marcello Orzalesi*

## 129 From literature to practice

Can phytotherapy prevent recurrent respiratory infections?  
*Oriana Testagrossa*  
Are steroids useful in a child with bell palsy?  
*Antonella Stazzoni, Manuela Pasini, Roberta Ciambra*

## 136 Narrative medicine

Sara and immunostimulants  
*Federica Zanetto, Michele Gangemi*

## 138 Personal accounts

Home phototherapy  
*Augusto Biasini, Giampiero Casadei, Antonio Belluzzi et al.*

## 140 Appraisals

To vaccinate against varicella:  
not an easy choice  
*Luisella Grandori*

## 142 Informing parents

Head lice?  
*Sergio Conti Nibali*

# Quaderni acp

bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici a cura della  
associazione culturale pediatri

## Direttore

Giancarlo Biasini

## Direttore responsabile

Franco Dessì

## Comitato editoriale

Maurizio Bonati  
Antonella Brunelli  
Sergio Conti Nibali  
Nicola D'Andrea  
Luciano De Seta  
Michele Gangemi  
Stefania Manetti  
Paolo Siani  
Francesca Siracusano  
Federica Zanetto

## Collaboratori

Giancarlo Cerasoli  
Francesco Ciotti  
Giuseppe Cirillo  
Luisella Grandori  
Luigi Gualtieri  
Manuela Pasini  
Italo Spada  
Antonella Stazzoni

## Organizzazione

Giovanna Benzi

## Marketing e comunicazione

Daria Zacchetti  
Milano, Tel. 0270121209

## Progetto grafico

Ignazio Bellomo

## Programmazione Web

Gianni Piras

## Internet

La rivista aderisce agli obiettivi di diffusione gratuita on-line della letteratura medica ed è pubblicata per intero al sito web: [www.quaderniacp.it](http://www.quaderniacp.it)  
e-mail: [red@quaderniacp.it](mailto:red@quaderniacp.it)

## Indirizzi

### Amministrazione

Associazione Culturale Pediatri  
via Montiferru 6, 09070 Narbolia (OR)  
Tel. 078357401 Fax 0783599149  
e-mail: [francdessi@tiscali.it](mailto:francdessi@tiscali.it)

### Direttore

Giancarlo Biasini  
corso U. Comandini 10 47023 Cesena  
Tel. e Fax 054729304  
e-mail: [gcbias@tin.it](mailto:gcbias@tin.it)

### Ufficio soci

via Nulvi 27 - 07100 Sassari  
Tel. 3332562649, Fax 0792594096  
e-mail: [notes@tiscali.it](mailto:notes@tiscali.it)

### Stampa

Stilgraf  
viale Angeloni 407, 47023 Cesena  
Tel. 0547610201  
e-mail: [dima@interoffice.it](mailto:dima@interoffice.it)

**QUADERNI ACP È PUBBLICAZIONE  
ISCRITTA NEL REGISTRO NAZIONALE  
DELLA STAMPA N° 8949**

**© ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI  
ACP EDIZIONI NO PROFIT**

**LA COPERTINA.** L'immagine riproduce una "Madonna e Bambino con il libro" ambito di Carlo Cignani (fine XVII secolo). Olio su tela. Quadreria dell'opera Pia dei poveri vergognosi. Palazzo Poggi-Marsili, Bologna.

**NORME REDAZIONALI.** Su *Quaderni acp* possono essere pubblicati articoli coerenti con la linea redazionale della rivista che riguardino argomenti di politica sanitaria, di riflessione sul lavoro e sull'impegno professionale del pediatra, di ausili didattici, di ricerca nell'area delle cure primarie. Tutti i lavori saranno sottoposti al giudizio di almeno un revisore. Il commento dei revisori sarà risottoposto agli AA. Non si forniscono estratti. Nulla è dovuto alla rivista per la pubblicazione. I testi dovranno essere preferibilmente inviati su floppy disk insieme alla relativa stampata. Si potrà utilizzare Word preferibilmente in versione 6.0. Tutti i testi devono essere corredati da un breve riassunto (800-1000 battute) in italiano.

Le lettere non dovranno superare le 2000 battute (25 righe di 80 battute); se di dimensioni superiori, le lettere potranno essere ridotte, mantenendone il significato, a cura della redazione. Chi non accetta la riduzione è pregato di specificarlo nel testo. Il materiale da pubblicare va inviato all'indirizzo del direttore. Possono essere pubblicati lavori originali inerenti in modo particolare, ma non esclusivo, all'area delle cure primarie e all'attività di base delle unità operative ospedaliere. I testi dovranno essere strutturati in obiettivi, metodi, risultati, discussione e conclusioni; non dovranno superare le 13.000 battute; in casi eccezionali, da concordare con la direzione, il numero di battute può superare le 13.000, con un massimo di tre tabelle o figure che dovranno essere inviate in fogli separati e numerati con titolo. Il riassunto andrà strutturato in obiettivi, metodi, risultati e discussione, conclusioni. Devono essere indicate da tre a cinque parole chiave. La bibliografia deve essere redatta secondo le abbreviazioni riportate nell'Index Medicus. Gli AA vanno citati tutti fino al terzo; dal quarto si indicheranno con *et al.* Dopo l'indicazione della rivista, nell'ordine, vanno indicati: l'anno seguito da punto e virgola, il volume seguito da due punti, la pagina d'inizio del lavoro. Le voci bibliografiche vanno elencate nell'ordine di citazione e non possono superare, se non eccezionalmente, il numero di sette. La redazione si riserva il diritto di non pubblicare la bibliografia in casi del tutto particolari.

# L'affaire costo dei lattini

Michele Gangemi  
Presidente ACP

**Parole chiave** Costo lattini. Allattamento al seno

1. Dino Pedrotti è un uomo molto rigoroso. È stato uno dei cardini della nuova neonatologia italiana; per lui il rispetto per l'uomo bambino è stato applicato insieme al rigore scientifico.

Dunque, a metà dicembre 2003, Dino Pedrotti, presidente degli Amici della Neonatologia Trentina ONLUS, ha affrontato il problema del costo dei lattini artificiali che, in Italia, è molte volte al di sopra di quelli europei a parità di tipologia alimentare. Pedrotti ha ipotizzato alcune cause che non staremo a ripetere per i nostri lettori, dato che le conoscono benissimo. Abbiamo pubblicato articoli, ricerche, corsivi ecc. La lettera era inviata all'AIPA (associazione delle ditte che commercializzano i lattini), alle società scientifiche (SIP, ACP, Società di Neonatologia, Società di Medicina Perinatale) e alla FIMP, oltre che alle riviste pediatriche.

Ha chiesto in sostanza "ma che ne dite di questo fatto"? I giornali (*Corriere della sera, Vita, Il salvagente*) e le TV (*Striscia la notizia, Lubrano, Augias*) ne hanno parlato. La Lega consumatori ACLI ha inviato una lettera-documento ai Ministri Sirchia e Marzano. Ci sono state due interpellanze parlamentari (alla Camera primo firmatario Olivieri, al Senato Bonavita). La regione Lombardia, attraverso l'assessore al Bilancio, dottor Colozzi, ha segnalato l'importanza del problema e la volontà di affrontarlo.

In sostanza il problema è stato riconosciuto come vero dall'opinione pubblica. A metà aprile poi i trentini hanno pubblicato una carta d'Europa con i prezzi nazionali dei lattini: il rapporto fra Germania e Italia è di 9:35 e fra Finlandia e Italia di 1:35. Le differenze di costi in Italia fra le varie ditte sono riassunte nella tabella riportata a fianco.

2. Come hanno riconosciuto il problema gli interlocutori di Pedrotti? Alla sua lettera hanno risposto:

2.1. L'ACP e *Quaderni acp* con assoluta consonanza.

2.2. *Medico e Bambino* che, anche a parere di Pedrotti, ci sembra sia stato molto prudente anche sul numero di aprile.

Nessun altro, a quanto si sa, si è fatto vivo se non la Società di Neonatologia che ha affermato che il problema esiste; non la FIMP, non la SIP, non l'AIPA.

3. Sirchia ha convocato le aziende. Ma non ha convocato la sola azienda che in Italia commercializza i lattini a prezzi europei! Ha dato un ultimatum per rivedere i prezzi: 30 aprile. Poi il 2 aprile ha convocato i pediatri. Ma non ha convocato né l'ACP che da anni affronta il problema, né gli Amici della Neonatologia Trentina che lo hanno sollevato. A naso diremmo che ci sembra che ci sia poca voglia di risolverlo o per lo meno di affrontarlo prendendo il toro per le corna.

4. Il 20 marzo gli Amici della Neonatologia Trentina hanno riscritto agli stessi indirizzatari, chiedendo una risposta alla prima lettera e proponendo alcune soluzioni:

- ▶ Netta riduzione degli eventi sponsorizzati dalle ditte di lattini
- ▶ Eliminazione dei convegni organizzati in località turistiche

▶ Eliminazione della sponsorizzazione per gli accompagnatori

▶ Netta riduzione dei finanziamenti ai congressi nazionali delle società scientifiche

▶ Limitazione delle forniture gratuite di apparecchiature e di latte agli ospedali

5. Sono sostanzialmente misure che sono state suggerite in ambito internazionale (*BMJ* 2003;326:1193) qualche mese fa, e che sono state riprese negli ultimi numeri (2003;5:18 e 2004;2:47) di questa rivista. Speriamo vivamente che questa seconda lettera abbia la stessa visibilità sulla stampa e maggiore udienza presso le associazioni e le società.

6. All'ultimo momento si apprende che il latte "uno" (e solo quello) diminuirà del 10% da ottobre. È un nulla rispetto alle differenze con l'Europa. L'idea del latte in polvere a prezzi agevolati alle famiglie indigenti, poi, favorirebbe la decisione di sospendere anzitempo l'allattamento al seno. Il programma di latte gratuito in USA (WIC programme [www.fns.usda.gov/wic](http://www.fns.usda.gov/wic)) fu sospeso proprio per l'effetto negativo sull'allattamento al seno. ♦

## DA ANNUARIO TELEMATICO DEL FARMACO E PARAFARMACO: FARMADATI ITALIA (24.2.2004)

Nome commerciale	Peso conf.ne	Prezzo conf.ne Euro	Prezzo conf.ne Lire	Prezzo al kg Euro	Prezzo al kg Lire
Aptamil	450 g	20,600	39.887	45,778	88.637
Bebilac	450 g	8,520	16.500	18,933	36.667
Blemil Plus 1	350 g	14,000	27.108	40,000	77.451
Formulat 1	400 g	15,240	29.500	38,100	73.750
Formulat 1 N.F.	375 g	16,500	31.948	44,000	85.195
Humana 1	400 g	17,800	34.466	44,500	86.165
Mellin 1	450 g	19,590	37.932	43,533	84.293
Miltina 1	600 g	23,500	45.502	39,167	75.837
Nativa 1	350 g	13,160	25.481	37,600	72.803
Nidina 1	450 g	18,040	34.930	40,089	77.622
Nutrillac 1	400 g	14,460	28.000	36,150	70.000
Nutrilon 1	450 g	19,000	36.789	42,222	81.753
Plasmon 1 Primig	350 g	13,760	26.643	39,314	76.123
Similac 1 F.plus	400 g	14,500	28.076	36,250	70.190
Vivena 1	350 g	12,600	24.400	36,000	69.714

Per corrispondenza:  
Michele Gangemi  
e-mail: [migangem@tin.it](mailto:migangem@tin.it)

# editoriale

# Omogeneizzati e telarca: problema reale o rappresentazione mediatica?

Bartolomeo Griglio\*, Roberto Lala\*\*, Laura Gianotti\*\*\*

\*Ispesione e Controllo degli Alimenti di Origine Animale, ASL 8 di Chieri (TO); \*\*Endocrinologia, Dipartimento 8, Università OIRM, Sant'Anna, Torino; \*\*\*Divisione di Endocrinologia, Dipartimento di Medicina Interna, Università di Torino

## Abstract

*Homogenized food and thelarche: is it a real problem or a mass media representation?*

*The case regarding the association between homogenized meat food and thelarche has been aroused by a lawful court investigation and an incessant press campaign. All this has diverted the attention from a scientific and rational thought to a pseudo-scientific and emotional one, creating anxiety among general population and especially among parents, and often also in doctors. This paper's aim is, based on present data and on comparisons between different professionalisms, to give a precise and complete review on thelarche and on the risks due to hormone substances present in food or in the environment. The lack of epidemiological data for comparison on thelarche has made ineffective the reports made by single paediatricians regarding its increasing presence. Besides, the absence of a reported increase in gynecomastia among boys would make us deny the influence of exogenous factors in the development of thelarche. Data regarding the influence of risk factor's exposure make us conclude that it is not at the moment possible to blame exogenous factors or especially a specific food in the development of a physiological phenomenon in a certain percentage of young girls.*

Quaderni acp 2004; 11(3): 98-101

**Key words** Risk communication. Media. Thelarche

*Innescato da una legittima indagine della magistratura, a cui si è affiancata una martellante campagna stampa, nasce il caso mediatico telarca-omogeneizzati-carni. L'enfasi e le certezze riportate dai giornalisti hanno contribuito a spostare l'attenzione dall'ambito scientifico-razionale a quello pseudo-scientifico-emozionale creando ansie nei genitori e nella popolazione in genere e talvolta dubbi tra gli stessi medici. Da queste considerazioni scaturisce il presente lavoro che si propone di fornire, sulla base dei dati disponibili e dal confronto tra professionalità diverse, un quadro il più possibile esaustivo sul telarca e sui rischi correlati alle sostanze ormonali che possono essere presenti negli alimenti o nell'ambiente. Un esame obiettivo dei casi di telarca osservati nelle femmine può far concludere che l'aumento di segnalazioni non può essere considerato un aumento dei casi, in quanto il rilievo e la registrazione di sintomi normalmente affrontati dai singoli pediatri hanno portato a una sorveglianza priva di dati epidemiologici di confronto; il mancato incremento dell'analoga sintomatologia nei maschi (ginecomastia) porta ad escludere una influenza di fattori esogeni nel determinismo dei casi di telarca osservati; sulla base dei dati disponibili rispetto all'esposizione a fattori di rischio, che si è tentato di riassumere, non è possibile attribuire a cause esogene o addirittura a uno specifico alimento l'insorgenza di un fenomeno fisiologico in una certa percentuale di bambine.*

**Parole chiave** Comunicazione del rischio. Mezzi di comunicazione di massa. Telarca

Nel corso degli ultimi anni, nelle società avanzate, è cresciuto il dibattito sul ruolo e sulle responsabilità dei mezzi di comunicazione di massa nel costruire opinioni collettive mediante la rappresentazione mediatica di eventi giudiziari anche su tematiche tecnico-scientifiche in grado di condizionare scelte, comportamenti e

abitudini di vita che possono influire sullo stato di salute/benessere dei cittadini. Le problematiche legate all'alimentazione e alla sicurezza alimentare, per l'importanza che i cibi rivestono nel determinare aspettative di vita migliori e più lunghe, sono tra quelle più frequentemente trattate dai media.

Le trasformazioni dei sistemi produttivi agro-alimentari, avvenute con l'adozione di nuove tecniche di allevamento e trasformazione, con i progressi dell'industria chimica che ha messo a disposizione nuovi farmaci e additivi, hanno da un lato consentito l'accesso a un'alimentazione più sicura ed equilibrata a tutta la popolazione, dall'altro introdotto nuovi pericoli. In questo contesto, il rilievo giornalistico avuto dagli episodi di ginecomastia (sviluppo del seno nel maschio) e telarca imputati al consumo di omogeneizzati contaminati da dietilstilbestrolo negli anni '80 (1) e l'incertezza scientifica in merito all'influenza di fattori ambientali e alimentari sul metabolismo ormonale dell'organismo umano (2) hanno contribuito ad aumentare la percezione dei rischi conseguenti al consumo delle carni, sia nell'opinione pubblica sia in una parte degli esperti (medici, pediatri, veterinari).

Da questo scaturisce il notevole impegno profuso dalla Sanità Pubblica Veterinaria, a livello nazionale e regionale, nella lotta all'impiego di sostanze ormonali negli allevamenti, che ha portato all'individuazione di positività, per sostanze non consentite, superiori alla media europea. Questi risultati di rilievo, garanzia per la collettività, periodicamente diventano oggetto di maggior attenzione da parte dei media che, con una gestione allarmistica delle informazioni, rischiano di amplificare le incertezze e le contrapposizioni tra i diversi organi di controllo e contribuiscono a spostare l'attenzione dall'ambito scientifico-razionale a quello pseudo-scientifico-emozionale, creando nei cittadini timori spesso ingiustificati.

Innescato da una legittima indagine della magistratura, a cui si è affiancata una martellante campagna stampa, nasce il caso mediatico telarca-omogeneizzati-carni. L'enfasi e le certezze riportate dai giornalisti, basate su ipotesi non suppor-

Per corrispondenza:

Roberto Lala

e-mail: rlala@libero.it

attualità

tate né da evidenze scientifiche né da dati analitici sulla presenza di ormoni in omogeneizzati e carni correlabili all'insorgenza della sintomatologia, hanno contribuito a creare ansie nelle mamme e talvolta dubbi tra gli stessi medici. Si è arrivati, in alcuni casi, a modificare la dieta dei bambini, con l'esclusione di alcuni tipi o di tutte le carni, indispensabili apportatrici di proteine nobili nella fase della crescita.

Da queste considerazioni nasce il tentativo di fornire, sulla base dei dati disponibili e dal confronto tra professionalità diverse, un quadro il più possibile esauriente sul telarca e sui rischi correlati alle sostanze ormonali che possono essere presenti negli alimenti o nell'ambiente.

#### Il telarca: definizione

È definito "telarca precoce" lo sviluppo di una o entrambe le mammelle in bambine prima dell'8° anno di vita. Nella forma isolata l'ingrandimento mammario si presenta senza o con scarsa pigmentazione dell'areola mammaria e dei capezzoli, generalmente in bambine di età inferiore ai 3 anni, con crescita staturale, velocità di crescita, età ossea e genitali interni adeguati e conformi all'età cronologica.

I dosaggi delle gonadotropine ipofisarie (LH-FSH) e dell'estrogeno ovarico (17 beta-estradiolo) in situazione basale e dopo stimolo farmacologico evidenziano livelli infantili di ormoni LH e 17 beta-estradiolo, mentre i valori di FSH, a volte, tendono ad essere superiori a quelli delle coetanee (3,4,5). È una manifestazione benigna che generalmente evolve con andamento ciclico, con momenti da maggiore a minore sviluppo mammario, sino alla regressione spontanea in tempi variabili da pochi mesi ad alcuni anni, senza influenzare la crescita staturale e l'inizio dello sviluppo puberale vero.

#### La patogenesi "parafisiologica"

Sono state indicate alcune cause patogenetiche del telarca precoce isolato, a tutt'oggi non comprovate nonostante la disponibilità di specifici e dinamici test ormonali e l'utilizzo di indagini strumentali, anche per la scarsa attenzione che la comunità scientifica ha ritenuto di dedi-

care al problema, a fronte della naturale risoluzione della sintomatologia, senza ricadute sulla salute dei soggetti.

L'ipotesi eziopatogenetica, accreditata dalla letteratura della endocrinologia pediatrica clinica internazionale, è quella di un'origine endogena del fenomeno (4,5).

La presenza, in molte bambine con telarca precoce isolato, di un'aumentata secrezione della gonadropina FSH, di un numero di follicoli e di un volume ovarico superiori rispetto ai controlli di pari età, fa propendere per un transitorio aumento di estrogeni conseguente a iperattività ipotalamo-ipofisi-ovarica (4,5).

L'aumento dell'FSH nelle femmine andrebbe interpretato nel contesto del

Si ritiene che la presenza di estrogeni di origine materna condizioni, in questi neonati, un aumento di recettori in sedi estrogeno-sensibili, tra cui la mammella. Questa condizione potrebbe esaltare, in età più avanzata, l'effetto di concentrazioni estrogeniche anche non molto diverse dai limiti di normalità, sufficienti allo sviluppo di manifestazioni sub-cliniche nelle femmine, ma non nel maschio a causa dell'inibizione legata alla produzione di testosterone.

#### I contaminanti ambientali e alimentari

Oltre a queste cause naturali, "parafisiologiche", devono essere prese in considerazione le possibili esposizioni "acute" o



fisiologico incremento post-natale nel primo anno di vita rilevabile e talvolta misurabile sino ai 24 mesi (6). L'ipersecrezione di FSH evidenziata potrebbe altresì essere secondaria, in relazione a un effetto feed-back, a un iperestrogenismo di origine ovarica o esogena in fase di regressione.

Un'altra ipotesi, sostenuta dal rilievo che molte bambine con telarca precoce isolato hanno presentato ingrandimento mammario alla nascita, fenomeno parafisiologico che si manifesta anche in un numero molto elevato di maschi come segno di crisi genitale neonatale, è quella di un'aumentata sensibilità del tessuto mammario agli estrogeni.

"prolungate" a contaminazioni ambientali o alimentari con sostanze ad azione estrogena (3).

#### Contaminanti ambientali involontari

In numerosi processi produttivi possono residuare principi attivi ad azione estrogenica in sostanze e materiali di impiego quotidiano che attraverso le filiere produttive possono contaminare gli alimenti. I principi attivi che possono svolgere un'azione estrogenica sono numerosi: le diossine, i policlorobifenili, i pesticidi, i fenoli presenti in alcune materie plastiche tra cui il p-fenilfenolo, impiegato per rendere morbida la plastica, al posto degli ftalati (eliminati da pellicole per

alimenti e giocattoli per bambini anche a seguito di ricerche condotte sul telarca in Portorico)(7), gli alchilfenoli presenti in quasi tutti i detersivi e detergenti; questi ultimi non svolgono attività ormonale come tale ma possono acquisirne le caratteristiche nelle fasi di degradazione. Altri xeno-estrogeni utilizzati in grandi quantità dall'industria sono l'anti-ossidante butilidrossianisolo impiegato negli alimenti e o-fenilfenolo contenuto in alcuni disinfettanti (8,9).

#### **Contaminanti alimentari volontari**

Sin dal 1989, la Comunità Europea, sulla base di un principio di precauzione, ha vietato l'impiego negli allevamenti di sei ormoni utilizzati negli Stati Uniti e in numerosi altri Paesi per accelerare la crescita dei vitelli. Tale divieto è esteso anche all'importazione di carne bovina ottenuta da animali sottoposti a trattamento con sostanze ormonali. Nel maggio del 2000, la Commissione Europea, costretta dal 1998 a pagare pesanti multe agli USA in quanto il blocco delle importazioni di carni è stato considerato una indebita limitazione commerciale, ha confermato il divieto permanente dell'estradiolo 17 beta. Su altri cinque ormoni di crescita - progesterone, testosterone, zeranolo, trembolone e melengestrol acetato - è stato confermato il divieto provvisorio per dare tempo agli scienziati di completare le indagini sull'effettivo rischio in cui potrebbero incorrere i consumatori (10).

Attualmente le carni e i prodotti di origine animale risultano essere tra gli alimenti più controllati. I risultati delle indagini per la ricerca di ormoni in Piemonte, regione particolarmente attenta alla problematica, nel 2001 hanno evidenziato irregolarità nello 0,34% dei controlli (0,35% in Italia nel triennio 1997-1999 su oltre 60.000 campioni) (11,12). Frutta, verdura, cereali, pur con una percentuale limitata di campioni non regolari, presentano ancora un'elevata contaminazione da sostanze impiegate per migliorarne la crescita. Anche in questo caso le possibili ricadute sulla salute pubblica non sono ancora perfettamente conosciute, e ciò è dovuto anche alla specificità e alla varietà delle azioni svolte dai diversi presidi impiegati e dalla loro

combinazione nell'alimento e nell'organismo umano che dispone comunque di efficienti meccanismi di difesa. I campioni irregolari in Piemonte per il 2001 e in Italia per il 1998 sono risultati dell'1,3%. La presenza di più residui nello stesso campione, pur entro i limiti consentiti dalle norme, è stata riscontrata nel 20% dei controlli effettuati in Piemonte e nell'11% di quelli nazionali (13).

#### **Le sostanze estrogeniche naturalmente presenti negli alimenti**

Altrettanto numerose e in maggiore quantità nella dieta rispetto alle contaminazioni esterne, sono le sostanze ad azione estrogenica presenti naturalmente nei vegetali (14). I fito-estrogeni sono composti vegetali contenuti in circa 300 piante, tra cui anche frutta e verdura. L'attività ormonale dei fito-estrogeni è riportata in alcuni studi che hanno dimostrato che la somministrazione di 40 g di proteine di soia al giorno migliora il contenuto minerale delle ossa di alcune vertebre spinali e riduce la gravità dei sintomi della menopausa (15).

#### **Le conclusioni**

Nelle società industrializzate si sta assistendo a un progressivo ridursi dell'età della pubertà: circa il 20% delle ragazzine ha il primo ciclo intorno ai 10-11 anni, mentre agli inizi del '900 lo sviluppo era atteso intorno ai 14-15 anni.

Si tratta probabilmente di un fenomeno multi-fattoriale in cui giocano un ruolo fattori in grado di influenzare l'attività della ghiandola pituitaria quali: l'obesità, il consumo di cibi grassi e abbondanti e la mancanza di esercizio fisico. Non ancora completamente chiarito ma probabilmente non trascurabile è il ruolo della pressione esercitata dai modelli proposti dalla società che spinge le bambine a comportarsi, vestirsi e atteggiarsi a donne adulte (16). Anche le sostanze chimiche presenti nell'ambiente e negli alimenti possono svolgere un ruolo nello sviluppo della sfera sessuale (è stato dimostrato per animali selvatici e pesci in condizioni di particolare concentrazione di inquinanti) (8).

Nel caso torinese di indagine sul telarca si ritiene che la rappresentazione media-

tica abbia ancora una volta scelto il sensazionalismo piuttosto che una corretta informazione, creando allarmismo intorno a una manifestazione benigna che solo in pochi casi evolve in una pubertà anticipata e che, secondo le linee guida approvate dalla Società di Endocrinologia Pediatrica, richiede esclusivamente una sorveglianza periodica per valutarne l'evoluzione (3).

Un esame obiettivo dei casi di telarca osservati, descritti da alcuni giornalisti in modo drammatico, deve partire dalle seguenti evidenze:

- l'aumento di segnalazioni non può essere considerato un aumento dei casi, in quanto l'attenzione richiesta da parte della Procura nel rilievo e nella registrazione di sintomi normalmente affrontati dai singoli pediatri ha portato a una sorveglianza priva di dati epidemiologici di confronto;
- il mancato incremento dell'analogia sintomatologia nei maschi (ginecomastia) porta a escludere un'influenza di fattori esogeni nel determinismo dei casi di telarca osservati;
- sulla base dei dati disponibili rispetto all'esposizione a fattori di rischio, che si è tentato di riassumere nel presente lavoro, non è possibile al momento attribuire a cause esogene o addirittura a uno specifico alimento l'insorgenza di un fenomeno fisiologico in una certa percentuale di bambine.

Si conferma quindi la necessità, da parte delle Istituzioni ma anche della comunità scientifica, di svolgere un ruolo attivo nel processo di comunicazione del rischio. Lo scopo è quello di assicurare all'opinione pubblica e ai decisori politici, chiamati ad assumere decisioni e sviluppare politiche sulla sicurezza alimentare, il più ampio spettro di informazioni indispensabili a individuare rilevanti ed efficaci opzioni gestionali in un contesto in cui il dibattito sul principio di precauzione ha messo in luce l'incapacità della scienza di fornire certezze assolute.

Occorre inoltre evitare condizionamenti di scelte sulla base di spinte emozionali, ideologiche, pseudo-scientifiche che, oltre a ledere il diritto fondamentale di ogni cittadino di conoscere e di valutare fattori in grado di influire sulla salute,

potrebbero avere ricadute sfavorevoli superiori ai pericoli considerati. ♦

**Bibliografia**

(1) Loizzo A, Gatti GL, Macri A, Moretti G, Ortolani E, Palazzesi S. Italian baby food containing diethylstilboestrol three years later. *Lancet* 1984;5:1014-5

(2) Golden RJ, Noller KL, Titus-Ernstoff L, Kaufman RH, Mittendorf R, Stillman R, Reese EA. Environmental endocrine modulators and human health: An assessment of the biological evidence. *Critical Reviews in Toxicology* 1998;28(2):109-227

(3) Antoniazzi F. Proposta di linee guida per il telarca prematuro: inquadramento clinico e approccio diagnostico. *Rivista Italiana di Pediatria (IJP)* 2001;27:167-71

(4) Brook CGD; Hindmarsh PC. *Clinical Pediatric Endocrinology. Fourth edition, pag 165-168*

(5) Mark A, Sperling MD. *Pediatric Endocrinology. 2° edition. Saunders Elsevier Science* 2002;480-1

(6) Quigley CA. The postnatal gonadotropin and sex steroid surge-insights from the androgen insensitivity syndrome. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 2002;Vol.87(1):24-8

(7) Colón I, Caro-D; Bourdony CJ; Rosario O. Identification of phthalate esters in the serum of young Puerto Rican girls with premature breast development. *Environmental Health Perspectives* 2000;108:895-900

(8) Olea N, Pazos P, Exposito J. Inadvertent exposure to xenoestrogens. *European Journal of Cancer Prevention* 1998;7(suppl. 1):S17-S23

(9) Sonnenschein C, Soto AM. An updated review of environmental estrogen and androgen mimics and antagonists. *Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology* 1998;65/1-6:143-50

(10) European Commission Directorate General XXIV Consumer policy and Consumer Health Protection. Opinon of Scientific Committee on review of previous SCVPH opinion of 30 30 april 1999 and 3 may 2000 on the potential risks to human health from hormone residues in bovine meat and meat products – 10 april 2002

(11) *Residui di farmaci nelle carni al macello in Piemonte anno 2001* (Fonte: Assessorato alla Sanità Regione Piemonte, Direzione Sanità Pubblica – Relazione di attività 2001)

(12) *Residui di farmaci nelle carni al macello in Italia anni 1997-1999* (Fonte: Istituto Zooprofilattico Sperimentale della Lombardia e dell'Emilia Romagna)

(13) *Residui fitosanitari rilevati in Piemonte anno 2001* (Fonte: Assessorato alla Sanità Regione Piemonte, Direzione Sanità Pubblica, Settore Igiene e Sanità Pubblica – Relazione di attività 2001)

(14) Sharara FI, Seifer DB, Flaws JA. Environmental toxicants and female reproduction. *Fertility and Sterility* 1998;70(4):613-22

(15) Anderson-JW, Johnstone-BM, Cook-Newell ME. Meta-analysis of the effects of soy protein intake on serum lipids. *N Engl J Med* 1995;333:276-82

(16) Belkin L. The making of an 8-year-old woman. *The New York Times Magazine*, 2000:38-43

**XVI CONGRESSO NAZIONALE**

Montesilvano (Pescara) 15-16-17 Ottobre 2004 Hotel Serena Majestic

**Venerdì 15 ottobre**

- 9.00 Apertura del Congresso (**M. Gangemi - L. Basile**)
- 9.15 TRENT'ANNI, MA NON LI DIMOSTRA! (**Modera N. D'Andrea**)  
Bilancio di 30 anni di attività dell'ACP (G. Biasini)  
Discussione
- 10.00 IL PEDIATRA PRATICO, L'ESPERTO CLINICO  
e l'EBM IN TEMA DI: "ENDOCRINOLOGIA" (**Modera R. Buzzetti**)  
Il caso clinico esaminato dal pediatra pratico secondo l'EBM. (L. Venturelli)  
Il caso clinico dell'esperto (F. Chiarelli)
- 11.00 Discussione
- 12.00 I BAMBINI E... IL CINEMA (I. Spada) (**Modera F. Panizon**)
- 12.30 Discussione
- 13.00 Colazione di lavoro
- 14.30 LE DISEGUAGLIANZE NELLA CURA DEL BAMBINO (**Modera G. Biasini**)  
Le radici delle disuguaglianze in salute e le politiche per affrontarle (G. Tamburlini)
- 15.00 Discussione
- 15.30 I BAMBINI E... NATI PER LEGGERE (P.Causa) (**Modera G. Biasini**)
- 16.00 Discussione
- 16.30 Coffee break
- 17.00 IL PEDIATRA PRATICO, L'ESPERTO CLINICO  
e l'EBM IN TEMA DI: "GASTROENTEROLOGIA" (**Modera P. P. Mastroiacovo**)  
Il caso clinico esaminato dal pediatra pratico secondo l'EBM. (L. Reali)  
Il caso clinico dell'esperto (A. Ventura)
- 18.00 Discussione

**Sabato 16 ottobre**

- 9.00 LE DISEGUAGLIANZE NELLA CURA DEL BAMBINO (**Modera M. Bonati**)  
Protezione dalle malattie infettive: analisi di una disuguaglianza (L. Grandori)
- 9.30 Discussione
- 10.00 I BAMBINI E... I LIBRI (R. Valentino Merletti) (**Modera F. Panizon**)
- 10.30 Discussione
- 11.00 Coffee break
- 11.30 IL PEDIATRA PRATICO, L'ESPERTO CLINICO  
e l'EBM IN TEMA DI: "BAMBINO MALTRATTATO" (**Modera S. Conti Nibali**)  
Il caso clinico esaminato dal pediatra pratico secondo l'EBM (I. Crupi)  
Il caso clinico dell'esperto (G. F. Visci)
- 12.30 Discussione
- 13.00 Colazione di lavoro
- 14.30 **Incontro dei soci con il Comitato Editoriale di Quaderni ACP**
- 16.00 **ASSEMBLEA NAZIONALE DEI SOCI ACP**
- 20.00 Cena sociale

**Domenica 17 ottobre**

- 9.00 IL PEDIATRA PRATICO, L'ESPERTO CLINICO  
e l'EBM IN TEMA DI: "NEUROLOGIA" (**Modera S. Fedele**)  
Il caso clinico esaminato dal pediatra pratico secondo l'EBM (E. Corpora)  
Il caso clinico dell'esperto (G. Morgese)
- 10.00 Discussione
- 10.30 Coffee break
- 11.00 LE DISEGUAGLIANZE NELLA CURA DEL BAMBINO (**Modera G. Tamburlini**)  
Strategie e requisiti degli interventi di cooperazione per raggiungere i più bisognosi (F. Panizon)
- 11.30 Discussione
- 11.45 TRENT'ANNI, MA NON LI DIMOSTRA! (**Modera N. D'Andrea**)  
Dove va l'ACP? (M. Gangemi)
- 12.15 Discussione
- 12.30 Chiusura del Congresso

**Segreteria Organizzativa**

ATHENA CONGRESSI - Via Passo Lanciano, 78 - 65124 Pescara  
tel. 085-4214343 - Fax 085-4213788  
www.athenacongressi.it - E-mail: info@athenacongressi.it

# Sirchia contro l'aziendalizzazione: una sconfitta annunciata

Giancarlo Biasini  
Direttore di *Quaderni acp*

Non abbiamo trattato l'argomento della "governance", o governo clinico, secondo il "modello Sirchia", come emergeva dal progetto di legge varato dal Consiglio dei Ministri di fine dicembre.

Intuivamo che si sarebbero scatenati fulmini da varie parti; li abbiamo attesi; sono arrivati. Ne parliamo ora, anche se il progetto è defunto, perché è stato ricco di insegnamenti.

Secondo il progetto la "governance" comprendeva programmazione, organizzazione, sviluppo e valutazione delle attività cliniche; prevedeva il coinvolgimento del collegio di direzione dell'azienda e una nuova figura professionale: il coordinatore clinico aziendale nominato dal direttore generale su proposta dei dirigenti sanitari responsabili di struttura complessa (ex primari). Questa figura (che avrebbe conservato la direzione della struttura complessa) doveva imparadronirsi di tutti i rapporti con i responsabili dei dipartimenti e delle UO semplici o complesse. In sostanza essa depauperava di funzioni il direttore sanitario di azienda, in quanto forniva parere obbligatorio al direttore generale su queste materie. Il coordinatore clinico presiedeva le commissioni di selezione per primari, compilava le terne, presiedeva il collegio di direzione.

Era evidente che una figura del genere proveniente dai concorsi mirava, nella buona e lodevole intenzione del ministro, a riequilibrare il potere dei direttori che lui – come tanti o tutti – continua a ritenere selezionati su criteri politici.

E per di più, guardando il progetto con attenzione, non si poteva non vederci il tentativo di capovolgere un modello aziendalistico che dà una fortissima enfasi alla dimensione economica e ai sistemi di valutazione dei risultati finanziari con una evidente sottovalutazione delle esigenze cliniche dei pazienti: non

c'è dubbio che il modello aziendalistico attuale non è riuscito a conciliare le funzioni manageriali dei medici con quelle cliniche e ha finito per concentrarsi più sulla capacità di contenere le spese che sul ruolo professionale dei medici.

Come ha scritto Claudio Magris, parlando delle università, le aziende "strangolate dalla povertà di mezzi parlano solo di soldi senza riuscire a produrne".

Del resto in tutti questi anni siamo stati sommersi di dati dell'Agenzia per i servizi regionali (ASSR) su indicatori di struttura e di attività (personale, posti letto, durata di degenza, indice di rotazione, indice di turnover, peso medio dei DRG) e di costo (costo medio per ricovero, costo medio per giornata, costo medio personale, costo medio posto letto), ma da nessun indicatore di qualità e di efficacia (si veda a pagina 103 il commento ai dati della ospedalizzazione pediatrica).

La presentazione fatta dalle aziende della stessa EBM, più con il ruolo di minaccioso strumento per contenere le spese che per rendere sicuro il paziente, è tipica di questa situazione.

Queste cose Sirchia le ha dette prima di diventare ministro: è sempre stato scettico sulla capacità taumaturgica della aziendalizzazione; non è sorprendente che oggi operi secondo queste idee.

Creando però una troppo evidente contrapposizione fra coordinatore clinico e direttore sanitario nel tentativo di bilanciare i ruoli, il progetto ha finito col giocare contro il ministro.

Diverso sarebbe stato (facile dirlo, vero ministro?) se invece di creare una nuova figura avesse provato a incidere sui criteri decisionali della catena di comando, a lavorare in modo che, accanto agli indicatori di tipo economico finora usati, fossero resi obbligatori quei criteri di valutazione di tipo clinico che sono obbliga-

tori nei Paesi anglosassoni. È questo che dobbiamo imparare dagli USA: altro che un disastroso modello economico di sanità! Ci rendiamo conto della difficoltà di scrivere una legge con questi intenti, ma la personalizzazione della scelta in una figura clinica, come una sorta di grimaldello antiaziendalizzazione, ha reso debolissima l'ipotesi sirchiana.

Le organizzazioni dei manager (FIASO e FederSanità) hanno comprensibilmente definito il progetto "il mostro a due teste". Le regioni hanno detto che prima di tutto bisogna intendersi sui contenuti della "governance" (ciascuno mette sotto questo nome cose ancora troppo disparate e discutibili) e che un progetto del genere lede le funzioni regolatorie dell'attività delle Aziende, che il modello organizzativo, gli organismi o le figure professionali cui attribuire responsabilità di governo clinico sono di competenza delle regioni. Le regioni dicono in sostanza che Sirchia è andato al di là delle funzioni che gli spettano e che in ogni caso la sede per un progetto del genere non è un consiglio dei ministri prefestivo (!), ma la conferenza Stato-Regioni. E diranno al prossimo ministro, sia di destra che di sinistra, "giù le mani dalla devoluzione".

I sottosegretari di Sirchia (Cursi per esempio) dichiarano che il progetto non è la strada ideale da percorrere; molti parlamentari della maggioranza prendono moltissima distanza. Il maggiore sindacato ospedaliero (ANAAO) non è entusiasta del ruolo proposto di coordinatore clinico. Gli altri sindacati (anche i più amici di Sirchia come la CIMO) fanno il pesce in barile. Sicché siamo al punto di partenza. Ed escono documenti ministeriali come quelli sulla ospedalizzazione pediatrica che non servono assolutamente a nulla per la comprensione di ciò che accade in ospedale. ♦

Per corrispondenza:  
Giancarlo Biasini  
e-mail: [gcbias@tin.it](mailto:gcbias@tin.it)

attualità

# Il ricovero dei bambini in ospedale

Paolo Siani<sup>°</sup>, Giuseppe Cirillo<sup>°°</sup>

<sup>°</sup> AORN "A. Cardarelli", UOC di Pediatria, ACP Campania

<sup>°°</sup> Servizio di Programmazione - Dipartimento Socio-Sanitario ASL Na 1, Centro Studi Interistituzionale del Comune di Napoli ASL Na 1, ACP Campania

## Abstract

### Children's hospitalization in Italy

*In the year 2001, 1.443.000 children aged under 18 have been discharged from public and private hospitals, with an hospitalization rate of 104 every 1000 children in ordinary hospital stay (116 in 1998) and 39 every 1000 children for day-hospital admissions. These are data notified by the Italian Ministry of Health and extracted from the hospital discharge forms now used in every local health district. Respiratory disease are the main cause of hospital admission for children under 14 years of age (20.5%), followed by perinatal diseases (12.3%), accidents and poisonings (27.4%), gastroenteric diseases (13.4%), osteoarticular diseases not due to trauma (6.9%), genitourinary diseases (5.4%), neurological diseases (4.6%), oncological diseases (2.8%). The medium hospital stay was 4.47 days (in 1999 was 4.62 days), going from a medium of 3.6 days for children from 1-14 years to 4.3 days for adolescents. Moreover, almost 30% of children 0-14 years of age were admitted in adult wards and only 12.2% of adolescents (15-17 years) were treated in paediatric wards.*

Quaderni acp 2004; 11(3): 103-105

**Key words** Children hospital admission. Diagnosis. Hospital stay. Social needs. Hospital migration.

*Il numero di bambini con età inferiore a 18 anni, dimessi nel 2001 da tutte le strutture di ricovero, pubbliche e private, è stato di 1.443.000, con un tasso di ospedalizzazione di 104 per 1000 bambini in degenza ordinaria (era 116 nel 1998) e 39 per 1000 per i ricoveri in day hospital. Questi i dati resi noti dal Ministero della Salute, rilevati dalle schede di dimissione ospedaliera utilizzate ormai da tutte le UO di Pediatria. La principale causa di ricovero per i bambini fino a 14 anni di età è costituita dalle malattie dell'apparato respiratorio (20,5%); seguono le condizioni morbose di origine perinatale (12,3%), i traumatismi e gli avvelenamenti (27,4%), poi le malattie dell'apparato gastroenterico (13,4%), le patologie osteoarticolari non traumatiche (6,9%), le malattie dell'apparato genitourinario (5,4%), le malattie neurologiche (4,6%), i tumori (2,8%). La degenza media è stata di 4,47 giorni (nel 1999 era di 4,62), ma si passa da 3,6 giorni per i bambini di età 1-14 anni a 4,3 giorni per l'età adolescenziale. Inoltre, quasi il 30% dei bambini con età 0-14 anni viene ricoverato in reparti per adulti e solo il 12,2% degli adolescenti (15-17 anni) viene assistito in reparti pediatrici.*

**Parole chiave** Ricoveri dei bambini. Causa di ricovero. Durata della degenza. Disagio Sociale. Migrazione ospedaliera

Il Ministero della Salute ha reso noto i dati sull'ospedalizzazione dei bambini in Italia nel 2001, analizzando le schede di dimissione ospedaliera utilizzate ormai da tutte le UO di Pediatria. Si tratta di un rapporto utile per chi si occupa della salute dei bambini, gli operatori ospedalieri, ma soprattutto per chi si occupa di programmazione, di razionalizzazione delle risorse, gli assessori alla sanità, i direttori generali delle aziende ospedaliere.

Nell'introduzione breve panoramica sui due dati più importanti per chi si occupa di cure pediatriche: il tasso di fecondità e la

mortalità infantile, denominatori indispensabili per poter leggere i dati sull'ospedalizzazione pediatrica.

Il tasso di fecondità totale è attualmente di 1,24 figli per donna in età feconda, l'età media al parto per le donne italiane è di 30 anni (nel 1960 era di 26). Questi due dati collocano l'Italia tra i Paesi a più bassa fecondità nel mondo.

Se le regioni meridionali (Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia) hanno un tasso di fecondità superiore alla media nazionale che varia da 1,47 della Campania a 1,41 della Sicilia, tutte le Regioni dell'a-

rea centro-settentrionale, con l'eccezione del Trentino, della Valle d'Aosta e del Veneto, hanno livelli di fecondità inferiori alla media nazionale: 1 per Liguria; 1,1 per Toscana, Friuli, Piemonte, Umbria ed Emilia-Romagna; 1,2 per Veneto e Lombardia. La mortalità infantile è scesa negli ultimi 25 anni di quasi l'80%: da 20,5 per 1000 nati vivi nel 1975 a 4,3 nel 2000. Se si considera la sola mortalità neonatale (cioè decessi avvenuti nelle prime 4 settimane di vita), si registrano tassi molto bassi in Friuli (1,5 per 1000 nati vivi), 2 in Veneto, 2,3 in Toscana e Marche; la Sicilia fa registrare 4,8 morti per 1000 nati vivi, Molise e Calabria 4,6, Puglia 4,1. Circa il rapporto fra struttura ed efficacia in Friuli-Venezia Giulia l'identificazione di 2 poli di Terapia intensiva neonatale, il trasporto neonatale in emergenza e il trasporto in utero (cioè la concentrazione dei parti a rischio nelle due strutture di riferimento) hanno reso il piano sanitario regionale un esempio di buone pratiche per tutte le altre regioni, con una riduzione esemplare del tasso di mortalità neonatale (1,1 per mille).

## Ospedali e ricoveri

Ci sono in Italia 13 ospedali pediatrici (cioè strutture ospedaliere dedicate ai soli bambini), definiti di eccellenza. Questi dovrebbero avere valenza sovrazionale, bacini di utenza non inferiori ai 5 milioni di abitanti e servizi speciali complementari: laboratori, radiodiagnostica, rianimazione, cardiologia, oculistica, otorino, dermatologia, reumatologia, endocrinologia, urologia, nefrologia, emodialisi, neurochirurgia, gastroenterologia, centro ustioni, chirurgia, chirurgia vascolare, chirurgia plastica, cardiocirurgia, malattie infettive, neurologia e neuropsichiatria, terapia intensiva e terapia intensiva neonatale. Invece solo pochi rispondono a queste caratteristiche, penalizzando fortemente l'assistenza ospedaliera ai bambini.

Il numero di bambini con età inferiore a 18 anni dimessi nel 2001 da tutte le strutture di ricovero, pubbliche e private, è stato di 1.443.000, con un tasso di ospedalizzazione di 104 per 1000 bambini in degenza

Per corrispondenza:  
Paolo Siani  
e-mail: [paolo.siani@fastwebnet.it](mailto:paolo.siani@fastwebnet.it)

organizzazione sanitaria

ordinaria (era 116 per mille nel 1998) e 39 per 1000 per i ricoveri in day hospital (DH). In verità, se al 104 per mille di oggi aggiungiamo il 39 per mille dei ricoveri in DH, la riduzione diventa molto dubbia, anzi assente.

Nonostante rispetto agli anni precedenti ci sia stata una riduzione di circa il 2,5% nel numero complessivo di ricoveri in regime di degenza ordinaria, il tasso di ospedalizzazione pediatrica nel nostro Paese è ancora molto superiore a quello del Regno Unito e della Spagna, che si attestano su 50-60 ricoveri per 1000 bambini, e degli USA che hanno un tasso di ospedalizzazione per i bambini fino a 15 anni, esclusi i neonati, di 40 per 1000. Se poi si considera il tasso di ricovero solo nel primo anno di vita, si arriva a 547 per mille, in sostanza più della metà dei bambini nel nostro Paese viene ricoverato! Su questo dato il rapporto ministeriale nulla dice.

La situazione è eterogenea nelle varie Regioni: si passa da un tasso di ospedalizzazione di 161 per mille in Liguria, Sicilia, Marche e Abruzzo; da 100 a 112 per mille in Campania, Calabria, Emilia e Veneto, al 63 per mille in Friuli-Venezia Giulia.

Le cause di ricovero sono raccolte in base alle classi di DRG che sono usati per valori economici, ma poco ci dicono sulla realtà clinica. Riferiamo semplicemente che la principale causa di ricovero per i bambini fino a 14 anni di età è costituita dalle malattie dell'apparato respiratorio (20,5%); seguono le condizioni morbose di origine perinatale (12,3%), i traumatismi e gli avvelenamenti (27,4%), poi le malattie dell'apparato gastroenterico (13,4%), le patologie osteoarticolari non traumatiche (6,9%), le malattie dell'apparato genitourinario (5,4%), le malattie neurologiche (4,6%), i tumori (2,8%). Quasi il 50% della casistica trattata in modalità di ricovero ordinario è rappresentata dai 10 DRG elencati in *tabella 1*, i quali, ancora, non ci danno informazione sulla qualità della casistica e tanto meno sulla sua appropriatezza ospedaliera.

La degenza media è stata di 4,47 giorni (nel 1999 era di 4,62), ma si passa da 3,6 giorni per i bambini di età 1-14 anni a 4,3 giorni per l'età adolescenziale.

Quanti di questi bambini potevano essere trattati senza troppe difficoltà al proprio domicilio, e non con 4 giorni di degenza? Per quanti si è trattato di ricoveri impropri, come ammettono gli stessi estensori del rapporto? Essi si limitano ad auspicare per

**TABELLA 1: I DIECI DRG PIÙ FREQUENTI**

Esofagite, gastroenterite e miscelanea app. digerente	DRG	184	(10,8%)
Neonati a termine con affezioni maggiori	"	389	(6,3%)
Tonsillectomia	"	60	(6%)
Otite media e infezioni alte vie respiratorie	"	70	(5,6%)
Neonati con altre affezioni significative	"	390	(5,4%)
Bronchite e asma	"	98	(5%)
Cefalea e convulsioni	"	26	(3,5%)
Polmonite semplice e pleurite	"	91	(2,8%)
Altri fattori che influenzano lo stato di salute	"	467	(2,7%)
Appendicectomia non complicata	"	167	(2,1%)

un efficace filtro e un contenimento di questo fenomeno un'osservazione breve in pronto soccorso e la presenza di una guardia pediatrica 24/24 ore nei reparti pediatrici. L'utilizzo della modalità del ricovero in day hospital è molto eterogeneo nelle varie regioni; il Molise non utilizza, abbastanza inspiegabilmente, né il day hospital né il day surgery. Le regioni centro-settentrionali utilizzano questa modalità di ricovero molto più frequentemente di quelle meridionali. Secondo gli autori del rapporto i day hospital non dovrebbero superare il 25% dei ricoveri ordinari nei reparti di pediatria generale, così come non si dovrebbero far passare per day hospital prestazioni a carattere esclusivamente ambulatoriale. L'attività di day surgery nel 2001 è stata utilizzata solo nel 30% della patologia chirurgica infantile. Solo Friuli, Veneto, Umbria e Trento hanno valori superiori al 50%; Emilia-Romagna, Lombardia e Toscana sono al 45%; tutte le altre e tutte le regioni meridionali hanno valori molto bassi. In Canada, Regno Unito e Australia il numero degli interventi chirurgici in day surgery supera il 50%. Il rapporto porta una critica del tutto condivisibile al sistema dei DRG (introdotto in Italia nel 1995) che ha di fatto generato, per mancanza di adeguati controlli, un aumento dei ricoveri non necessari e il trasferimento opportunistico di prestazioni verso i livelli assistenziali più remunerativi.

Gli estensori del rapporto in pratica si pongono il problema dell'appropriatezza dei ricoveri pediatrici e ricordano come nel DPCM del novembre 2001 vengano individuati 43 DRG come ad alto rischio di inappropriatezza, per i quali occorre individuare altre modalità di erogazione delle prestazioni. Inoltre quasi il 30% dei bambi-

ni con età 0-14 anni viene ricoverato in reparti per adulti e solo il 12,2% degli adolescenti (15-17 anni) viene assistito in reparti pediatrici. Noi speriamo che una risposta più accurata venga dalla indagine dell'ACP, ormai prossima ad essere pubblicata, sulla appropriatezza dei ricoveri nelle UO di Pediatria.

#### La migrazione

Un altro fenomeno preso in considerazione nel rapporto è quello della mobilità ospedaliera, fenomeno abbastanza rilevante nel nostro Paese. Essa si attesta sull'8,3%, e può essere utilizzata come indicatore di ineguaglianze nell'accesso ai servizi. Le Regioni di fuga sono Valle d'Aosta, Basilicata, Molise, Umbria, Trentino, Abruzzo e Calabria. Per alcune di queste va detto che si tratta di piccole aree, e quindi la scelta di ricoveri in sedi altrettanto vicine rispetto a quelle di area difficilmente può essere considerata una "fuga". Le aree di attrazione sono la Lombardia, il Lazio, il Veneto e la Liguria. Vengono suggerite al termine del rapporto alcune possibili soluzioni per una migliore utilizzazione delle risorse, e vengono indicati: il potenziamento delle attività ambulatoriali a scapito di quelle di ricovero, l'istituzione nei PS di un'area di osservazione breve, e il riconoscere un maggior ruolo al pediatra di libera scelta.

#### Un commento

Il tasso di ospedalizzazione relativo al 2001, reso noto dal Ministero della Salute (104 per mille più il DH), è uno dei più alti in Europa, ma quello che viene messo in evidenza è l'eterogeneità del valore nelle varie regioni d'Italia.

Gli estensori del rapporto sottolineano che gli elevati tassi di ospedalizzazione pongono

no qualche dubbio sui modelli organizzativi adottati dalle varie Regioni che appaiono poco attente a un corretto utilizzo delle risorse disponibili e alle vere necessità del bambino e della sua famiglia. Inoltre viene sottolineata la mancanza di una vera continuità assistenziale sul territorio e in ospedale e di un efficace filtro. Su questo punto essenziale non si avanzano però suggerimenti di soluzioni: in sostanza sono i pediatri di libera scelta che devono estendere la loro attività in tutta l'area delle cure primarie o devono essere i PS ospedalieri ad aumentare struttura e personale? Il Ministro Sirchia pensa di seguire quest'ultima strada. Le regioni non accettano di aumentare gli organici dei PS istituendone di pediatrici. La variabilità regionale viene sottolineata, ma il rapporto non prende in considerazione lo stato sociale dei bambini che vengono ricoverati nei nostri ospedali.

Nell'accesso al ricovero in età pediatrica gioca un ruolo rilevante la condizione sociale della famiglia, come maggior ricorso ai servizi ospedalieri piuttosto che ai servizi di primo livello. Numerose ricerche hanno dimostrato che i bambini e le famiglie in stato di disagio psicosociale si rivolgono al PS ospedaliero per ogni bisogno di salute e spesso i bisogni espressi non riguardano la salute in senso stretto (1).

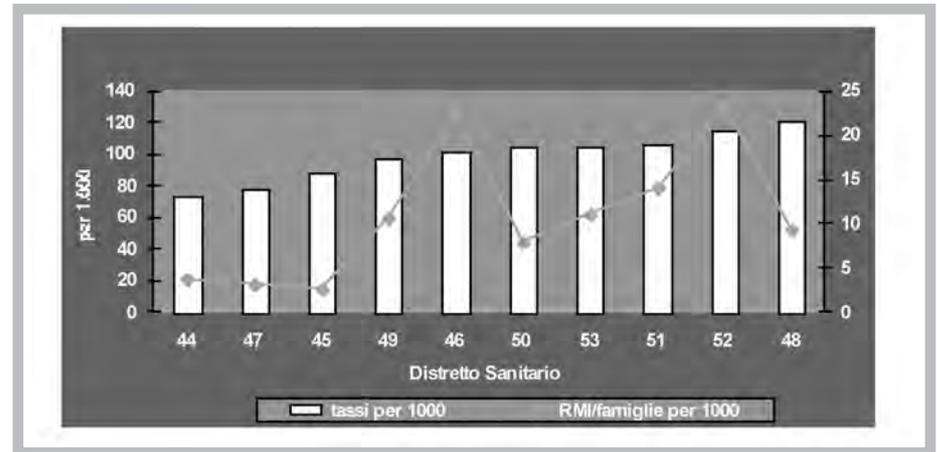
Ogni operatore ospedaliero sa che le UO pediatriche sono affollate di bambini a rischio sociale che bypassano il pediatra di famiglia e che chiedono il ricovero per patologie banali che potrebbero essere affrontate e risolte al proprio domicilio; ma non avendo queste famiglie i mezzi, economici e culturali, per affrontare questi problemi, demandano tutto all'ospedale. Numerosi ricerche hanno anche dimostrato che questi bambini si ricoverano anche 2-3 volte in un anno per le stesse banali patologie (2).

L'ospedale in pratica diventa un contenitore di disagio sociale, che non potrà far altro che ricoverare in maniera "inappropriata" questi bambini, dando così risposte sanitarie a quelli che sono prevalentemente bisogni sociali (3).

In quest'ottica le differenze regionali riscontrate (con l'eccezione della sola Liguria) potrebbero rappresentare, oltre che differenti attitudini regionali al ricovero (dei cittadini e/o delle strutture), una diversa concentrazione di fasce sociali disagiate nelle varie Regioni. (bias di confondimento per condizione sociale).

Nel tentativo di comprendere questa com-

**FIGURA 1: RICOVERI 0-14 ANNI E CORRELAZIONE CON RMI (R = 0,64; P = 0,05) RMI (REDDITO MINIMO DI INSERIMENTO)**



ponente nell'ambito del Piano di zona 2002-2004 del Comune di Napoli, all'interno di un set di indicatori integrati, utilizzato come sostegno alle decisioni programmatiche, è stato definito il fenomeno dei ricoveri pediatrici relativi all'anno 2001, articolati per residenza delle famiglie nei dieci distretti sanitari della città (coincidenti con le unità territoriali di base del Piano di zona e comprendenti ciascuno due o tre quartieri).

I ricoveri pediatrici ordinari per acuti, per tutte le cause e per le cause a forte rischio di inappropriatazza, risultano più alti nei quartieri a maggiore concentrazione di disagio sociale. Ma soprattutto c'è una forte correlazione con il numero di soggetti che percepivano il Reddito Minimo di Inserimento (RMI). L'approccio al fenomeno "ricovero pediatrico" deve tener conto, quindi, anche della condizione sociale ed è necessario ricondurlo anche alla dimensione territoriale e popolazionistica e non alla sola dimensione meramente ospedaliera (figura 1).

### I correttivi

I correttivi per contrastare il ricovero improprio in Pediatria che vengono suggeriti nel rapporto, che sono in realtà molto generici, come si è detto sopra, non possono non tener conto dei determinanti sociali del ricovero ospedaliero e non possono limitarsi a misure interne alla struttura ospedaliera, che hanno sempre mostrato limiti invalicabili nella valutazione della necessità del ricovero quando i familiari non mostrano di essere in grado di curare il proprio figlio in modo adeguato.

Se non si realizza concretamente l'integrazione socio-sanitaria e la continuità assistenziale, se non si mettono in pratica percorsi socio-assistenziali integrati e condivisi da tutti gli operatori, se non si rilancia l'assistenza sociale all'infanzia nel nostro Paese fornendo risposte sociali adeguate ai bisogni delle popolazioni (e i tagli al welfare dell'attuale governo certo non miglioreranno le condizioni dei bambini e delle loro famiglie), se non si riqualifica e rigenera la Pediatria di comunità che deve occuparsi in maniera specifica e prioritaria di queste fasce di popolazione, sarà difficile comprimere il numero di ricoveri e l'ospedale avrà sempre di più una funzione vicariante il sostegno sociale.

Come è facilmente intuibile, l'uso inappropriato dell'ospedale e il grande numero di ricoveri pediatrici impropri hanno non solo risvolti psicologici sui bambini e sulle loro famiglie, ma anche risvolti economici su tutta la comunità.

Di entrambi questi fattori, crediamo, bisogna tener conto. ♦

### Bibliografia

- (1) Siani P. I segni del disagio sociale nell'utilizzo dell'ospedale. In: *Bambini a rischio sociale: generazioni a perdere o investimento sociale*. Edizioni Scientifiche Italiane, 1996:110
- (2) Tamburlini G. L'intervento del pediatra. In: *Bambini a rischio sociale: generazioni a perdere o investimento sociale*. Edizioni scientifiche Italiane, 1996:110
- (3) de Campora E, Cirillo G. L'Ospedalizzazione infantile a Napoli. *Relazione al Convegno sul bambino a rischio sociale*. Napoli, maggio 2003, in corso di pubblicazione

# Reazioni avverse ai vaccini: sempre confusione

Luisella Grandori

Responsabile Prevenzione vaccinale ACP

**Parole chiave** Reazioni avverse. Sorveglianza. Informazione. Comunicazione

## Sentenza di Lodi e un po' di confusione

Nel mese di febbraio giornali e televisione hanno dato grande rilievo alla sentenza del Tribunale di Lodi che stabiliva l'indennizzo per danno da vaccino a favore di un bambino con encefalopatia e tetraparesi spastica insorta dopo la somministrazione di Sabin, DTPa e antiepatite B. Gli aspetti poco chiari della vicenda sono più di uno. Innanzi tutto si dichiara che il vaccino in causa fosse un pentavalente, *che all'epoca non esisteva neppure*. In secondo luogo viene attribuita con certezza la responsabilità dell'evento alla somministrazione dei vaccini in presenza di lieve rialzo termico (37,7°C), quando tutte le indicazioni internazionali definiscono come controindicazione una temperatura superiore a 38-38,5 °C (1). Una malattia acuta febbrile di gravità moderata o severa con o senza febbre è considerata caso mai motivo di *precauzione* (2). Di fronte a tanta confusione rimane il dubbio se i sintomi presentati dal bambino possano essere correlabili ai vaccini somministrati. Tre sembrano le ipotesi plausibili: una correlazione unicamente temporale; una relazione con il vaccino Sabin, considerato che l'infezione da virus polio può causare – se pur eccezionalmente – sintomi compatibili; oppure un'attribuzione alla componente antipertosse, ancor più remota e dubbia. Le evidenze disponibili favoriscono, infatti, l'accettazione di una correlazione dell'encefalopatia acuta con l'antipertosse (a cellula intera) ma non consentono di accettare o negare la correlazione con il danno neurologico cronico (3).

## MPR e autismo: gli autori ritrattano

Mancano solo Wakefield e due colleghi, alla ritrattazione degli altri 10 autori dello studio pubblicato su *Lancet* nel 1998 (4) che innescò il dubbio di correlazione tra la vaccinazione antimorbillo, parotite, rosolia e l'autismo. Gli autori ora dichiarano (5) che l'obiettivo dello studio (su soli 12 bambini) era segnalare una forma di autismo accompagnata in modo suggestivo da sintomi gastroenterici, ma che non fu stabilita alcuna correlazione causale (posta dai genitori) tra autismo e vaccino MPR per insufficienza di dati, sebbene

il dubbio fosse stato sollevato. Non basta. A questa smentita collettiva si aggiunge la denuncia dell'esistenza di un conflitto di interesse (non dichiarato) di Wakefield: avrebbe ricevuto compensi per dimostrare il presunto danno da vaccino. Questa ritrattazione pubblica (forse un po' tardiva) è certo lodevole, ma la vicenda pone diversi interrogativi. Quanto sono adeguati gli strumenti disponibili, a evidenziare i possibili conflitti di interesse? Ne abbiamo parlato molto su questa rivista (*Quaderni acp* 2003; 5:18 e 2004;2:47). E quanto è a rischio la qualità della nostra conoscenza? E quanta fu la responsabilità dei mezzi di comunicazione nell'amplificare informazioni di tanta gravità senza prove certe? Le conseguenze sono state pesanti: il calo delle coperture vaccinali nel Regno Unito ha fatto ricomparire epidemie di morbillo e morti. E come mai i genitori furono tanto propensi a dubitare? A questo riguardo è interessante il commento comparso su *The Economist* nel 2002 (ripreso nella sostanza da uno degli editori di *Lancet* (6)) che attribuisce tale comportamento al dubbio che il governo nascondesse un pericolo – visto ciò che accadde in occasione della BSE – per interessi diversi dalla difesa della salute pubblica.

## Una scheda per la segnalazione: finalmente unica ma...

Il Ministero della Salute, dopo anni di richieste, ha predisposto un nuovo modello e un nuovo percorso per la segnalazione delle sospette reazioni avverse da vaccino (7). Il sistema precedente prevedeva la compilazione di due schede che entravano in diversi flussi informativi, creando ovvie difficoltà. Il modello unico e l'informatizzazione del sistema renderanno più veloce l'archiviazione e semplificheranno l'elaborazione. Però nella nuova scheda mancano i campi per immettere alcune informazioni (rilevanti) richieste nella "guida" alla compilazione. Ci si può attendere una cattiva qualità delle segnalazioni.

## Le istituzioni che si occupano di vaccinazioni

Cominciamo dalla *Commissione Nazionale Vaccini (CNV)*. È organo consultivo del Ministero della Salute. Il compito: "predisporre proposte per l'aggiornamen-

to delle norme e delle raccomandazioni in materia di vaccinazioni obbligatorie e facoltative". Istituita inizialmente come Commissione di esperti (ottobre 1997), contribuì al primo Piano Nazionale Vaccini (PNV). È composta da una decina di esperti (pediatri e igienisti universitari, tecnici di Regioni, dell'ISS e del Ministero della Salute). Di recente è stata ampliata a FIMP, SIP, SIMG e SNAMI.

Sembra che siano in corso ulteriori modifiche nella composizione. La CNV, oltre al PNV, ha contribuito alla definizione del calendario vaccinale del 1999, alle indicazioni su morbillo, parotite, rosolia dello stesso anno, e a quelle sullo pneumococco. Ha prodotto anche un documento sulla varicella, poi modificato dalle Regioni: si era infatti nel 2002 e la modifica del titolo V sanciva la loro autonomia. Sono state infatti le Regioni (Commissione Interregionale della Sanità, il cui coordinatore partecipa alla CNV) in collaborazione con ISS e Ministero, ad elaborare il Piano Morbillo-Rosolia; attualmente è in fase di elaborazione a cura delle Regioni il Piano Promozione Vaccini. Nonostante le crescenti iniziative regionali discendenti dal titolo V, la CNV continua a riunirsi. Si ha l'impressione di un difficile rapporto fra istituzioni che renderà difficile la gestione nazionale di una politica vaccinale. ♦

## Riferimenti

- (1) *Epicentro*: la valutazione della febbre nelle attività di vaccinazione, la situazione internazionale: [http://www.epicentro.iss.it/problemi/vaccinazioni/febbre\\_da\\_manuale.htm](http://www.epicentro.iss.it/problemi/vaccinazioni/febbre_da_manuale.htm)
- (2) CDC: "General recommendations on immunization". *MMWR* 2002; 51, RR-2 <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5102.pdf>
- (3) CDC: Update: vaccine side effects, adverse reactions, contraindications and precautions". *MMWR* 1996; 45, RR-12 <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr4512.pdf>
- (4) Wakefield A.J. et al. "Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children". *Lancet* 1998; 351: 637-641.
- (5) Murch S. et al.: "Retraction of an interpretation" *Lancet* 2004; 363: 750.
- (6) Horton R.: "The lesson of MPR" *Lancet* 2004; 363: 748-749.
- (7) Ministero della Salute: "Nuovo modello di segnalazione avversa a farmaci e vaccini". Decreto ministeriale 12 dicembre 2003 [http://www.ministerosalute.it/resources/static/news/515/Decr\\_SchedaUnica.pdf](http://www.ministerosalute.it/resources/static/news/515/Decr_SchedaUnica.pdf)

Per corrispondenza:

Luisella Grandori

e-mail: [luisegra@tin.it](mailto:luisegra@tin.it)

L'autore ci propone il tema della rilettura. Molti film rileggono testi che anche noi abbiamo letto, e al film spesso chiediamo che sia interprete del nostro individuale modo di leggere il racconto. Peter Pan ha accompagnato generazioni di genitori e bambini con le tante trasposizioni cinematografiche che sono state tratte da una favola che esalta il desiderio di ognuno di noi di fermare il tempo al periodo della vita in cui è possibile credere di poter volare verso il mondo fantastico dell'isola che non c'è.

## Il bisogno di ri-leggere Dal bacio di Peter Pan al sangue de La Passione

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi

Non basta leggere. A volte, si sente il bisogno di rileggere. La "ri-lettura" dà risalto ai particolari, mette in luce nuovi aspetti, allarga la visione, ribalta i giudizi. A condizione che venga fatta da noi stessi, o da chi la pensa come noi. Se ci viene imposta da altri, al contrario, può disorientarci e disturbarci.

Tutti i film tratti da testi letterari sono "riletture" fatte da altri e difficilmente coincidono con la nostra lettura, con la nostra interpretazione, con la nostra traduzione in immagini, con il nostro personalissimo film. Mi sono occupato di questo problema qualche anno fa, esaminando (in "Liberamente tratto da... - Quando la letteratura si fa cinema", Ed. CCR, Roma 2001) dieci film e mettendoli a confronto con i testi letterari (romanzi, testi teatrali, poesie, novelle, il vangelo) dai quali erano stati tratti. In quella occasione scrissi: «Il racconto letterario, poiché "evoca delle immagini", è già un film; anzi: è la migliore trasposizione filmica che il lettore possa immaginare, giacché è lui stesso a realizzarla, a fare da regista, sceneggiatore, scenografo, montatore e interprete. Quando alla lettura del libro fa seguito la visione del film, la versione filmica personalizzata del lettore entra in contrasto con la versione che altri gli impongono ed è inevitabile che il confronto-scontro tra noi e gli altri - nel quale, tra l'altro, sosteniamo l'incompatibile duplice ruolo di contendente e di giudice - non può che concludersi a nostro vantaggio». Non ho cambiato idea, nemmeno dopo avere visto - uno dopo l'altro - due film che non hanno nulla in comune tra di loro se non il tema della "rilettura": "The Passion" di Mel Gibson e "Peter Pan" di P. J. Hogan. Visto che il primo è del tutto fuori posto in questa rubrica (lo tratterò solo in coda e di riflesso), concentriamoci sul secondo.

Il romanzo, si sa, è stato scritto da J.M. Barrie un secolo fa. Da allora, Peter Pan è stato per tutti i lettori il ragazzo folletto che non vuole diventare grande e che rifiuta di entrare nel mondo degli adulti. Ghiotta materia per i seguaci di Freud e di Jung che si sono dati battaglia nel "rileggere" la favola in chiave psicoanalitica,

ma anche tenera storia amata da quei genitori che vorrebbero fermare il tempo per il piacere di coccolare in eterno i loro figli. Non ho particolari ricordi personali legati a questo personaggio; forse non l'ho mai amato, ma mi è stato - come dire? - simpatico per quella sua voglia di sbeffeggiare Capitano Uncino, per quella sua capacità di volare, per la sua amicizia con la dispettosa Campanellino. Ho anche analizzato i motivi di questa mia "simpatia non amore" e credevo (credo ancora) di averli individuati sia nel fatto che - diversamente da lui - da piccolo non vedevo l'ora di crescere per non dovere sempre ubbidire agli ordini dei miei fratelli più grandi, sia nell'averlo sempre considerato un personaggio non reale, folletto per l'appunto. Bene aveva fatto, nel 1953, Walt Disney a realizzarlo in animazione, perché cartoon e solo cartoon, a mio avviso, può essere Peter Pan. Se l'amore non c'è mai stato, la "simpatia" è finita ora che P. J. Hogan, in una sua personale rilettura, l'ha trasformato in adolescente in carne e ossa, modificando sostanzialmente personaggio e trama e... facendolo diventare completamente scemo. Non saprei come definire diversamente uno che confonde un bacio con un ditale e che, pur avendo la fortuna di imbattersi nella bellissima Wendy, alla sua eloquente domanda "Quali sono i tuoi veri sentimenti, Peter? Felicità? Tristezza? Gelosia? Amore?", risponde incavolato: "Amore? Non ne ho mai sentito parlare. Basta il suono ad offendermi. Perché vuoi rovinare tutto? Noi ci divertiamo così, no? Cosa si può volere di più?". Ammesso pure che i personaggi dei romanzi non invecchiano mai e che, anche dopo un secolo, Peter Pan continua ad avere 10-12 anni, ma si può essere più broccoloni di così? Se fosse rimasto folletto non avrei avuto nulla da obiettare, ma ora che è diventato ragazzino, ora che ha provato cosa vuol dire prendere fuoco per un bacio, ora che Wendy gli muore davanti e il Capitano Uncino è sparito per sempre nelle fauci del coccodrillo con la sveglia, ora che i suoi amici dell'"Isola-che-non-c'è" hanno preferito ritornare a casa e riabbracciare genitori veri o adottivi, che significa rinunciare a far festa con gli altri

e continuare a volare con la fatina sulla spalla? Ho visto il film nella proiezione pomeridiana del lunedì di Pasqua. La sala era gremita di ragazzini accompagnati dai loro genitori e c'era un tifo da stadio: tutti volevano che, alla fine, Peter Pan si fidanzasse ufficialmente con Wendy. Quando, sull'ultima inquadratura, si è risentita la stessa frase che aveva aperto il film - "Tutti i ragazzi diventano adulti, tranne uno: Peter Pan" - la delusione è stata generale. Caro P. J. Hogan, visto che hai deciso di "rileggere" a modo tuo la favola, che ti costava darle un ultimo ritocco? Ma come? Fai provare a Peter per la prima volta in cento anni l'ebbrezza dell'amore e poi lo fai scappare via?

In questo discorso "The Passion" di Mel Gibson non c'entra nulla. Apparentemente. In realtà, anche qui è stata fatta un'operazione di "rilettura" della parte più drammatica della vita di Cristo e anche qui, ancora una volta, ho sperimentato la differenza di interpretazione di un testo. Se si potessero mettere a confronto i 100 film che fino ad oggi sono stati realizzati sulla figura di Cristo, probabilmente si scoprirebbe che non ne esistono due uguali. Questo di Mel Gibson, tuttavia, si scosta dagli altri per la violenza delle immagini. La flagellazione, l'incoronazione di spine, le torture, lo strazio della Madonna, i chiodi sulle mani e sui piedi, il sangue che scorre: una sorta di compiacimento sadico (sottolineato anche tecnicamente dall'eccessivo ricorso al ralenty) che ha "soddisfatto" (sembra) gli integralisti cattolici. Ho letto anch'io il Vangelo e l'immagine filmica che ho amato di più è stata quella del laico Pier Paolo Pasolini, dove la sofferenza del Figlio di Dio non è solo fisica ed esplose nonostante l'uso del bianco e nero, senza schizzi di sangue e (rientriamo in tema) senza bambini sadici che si divertono a tormentare il già tanto tormentato Giuda. Ma i gusti sono gusti; come le letture e le riletture. ♦

Per corrispondenza:

Italo Spada

e-mail: [italospada@libero.it](mailto:italospada@libero.it)

## Literacy, crescita economica e... Nati per Leggere

Nel marzo 2004 a un Seminario tenuto a Washington e sponsorizzato dalla Banca Mondiale (Health Development Network/Education) è stato presentato uno studio condotto dal Dipartimento di Economia dell'Università di Ottawa (Serge Coulombe, Jean-François Tremblay e Silvie Marchand), in collaborazione con il Dipartimento di Statistica del Canada (T. Scott Murray). Lo studio ha affrontato con nuovo approccio metodologico il tema, già da tempo discusso, di quanto il capitale umano sia importante per la crescita economica. La metodologia utilizzata - senza entrare nei particolari che implicano conoscenze avanzate di statistica e di econometria - consiste fondamentalmente nello studio dell'associazione, tramite modelli di regressione statistica, tra il livello di literacy (vedi in seguito per il significato) e la crescita economica misurata in termini di PIL. Lo studio è stato effettuato in 14 Paesi OCSE, cioè nei Paesi più ricchi dell'America settentrionale, dell'Europa occidentale, del Giappone e dell'Australia. Fino a oggi vi era stata diversità di risultati tra gli studi che, con un approccio micro, andavano a valutare gli esiti a più o meno lungo termine - sui risultati scolastici e poi sulla produttività e sul reddito - di singoli gruppi di individui sottoposti o meno a vari tipi di input educativi, e gli studi macro che, a livello di Paese, avevano cercato di quantificare l'impatto del capitale umano sulla crescita. I primi dimostravano un effetto rilevante; i secondi molto spesso davano risultati statisticamente insignificanti o contraddittori.

La novità di questo studio è che utilizza un indicatore unico e nuovo: la capacità di risolvere problemi di crescente difficoltà che implicano la comprensione di testi scritti. Tale indicatore, calcolato sui risultati di test standard, non risente, al contrario dei livelli educativi misurati in anni di scolarizzazione, della diversa qualità dell'educazione stessa e del diverso significato che questi livelli hanno in Paesi diversi, ma *misura esattamente la capacità di comprensione e soluzione di problemi di un individuo e quindi la sua literacy in senso operativo*. L'altro aspetto interessante dell'approccio è che lo stesso studio, effettua-

to in 14 Paesi, è in grado di valutare fino a che punto l'effetto si verifica in tutti i Paesi, in tutte le condizioni, cioè fino a che punto è "robusto".

### I risultati e un commento

I risultati sono definiti sorprendenti dagli stessi autori.

*Primo risultato:* durante gli ultimi 35 anni le differenze nelle capacità di literacy nei Paesi europei sono state responsabili di ben il 55% delle differenze di crescita economica. Per dare un'idea dell'impatto della literacy sulla crescita economica gli autori hanno calcolato che un 1% di aumento della literacy - così misurata - a livello di popolazione generale può portare a un 1.5% di aumento del PIL nel corso di 35 anni. Un effetto ben più rilevante del previsto.

*Secondo risultato:* la gran parte di questa differenza è dovuta alle differenze nei livelli di literacy delle donne. Questi infatti sono molto "robusti" e si verificano in tutti i Paesi, mentre per quanto riguarda gli uomini, se si esclude il Regno Unito, l'effetto diventa statisticamente non significativo.

*Terzo risultato:* gli effetti si verificano in un arco di tempo che raggiunge i 30-40 anni.

*Quarto risultato:* quello che conta non è tanto il livello di literacy della componente più "educata" della società, ma quelli della componente media e medio-bassa.

Gli autori innanzitutto spiegano perché l'indicatore utilizzato si dimostra molto più valido che il livello di scolarizzazione. Le ragioni sono molteplici: perché tale indicatore è in grado di riflettere esattamente la qualità, cioè la capacità vera e propria, e perché proprio per questo diventa molto più comparabile in Paesi diversi. Per quanto riguarda il risultato più sorprendente anche per le sue dimensioni e la sua stabilità in tutti i Paesi studiati, e cioè l'effetto preponderante dei livelli di literacy delle donne, sono state addotte varie ragioni, probabilmente concomitanti. Una è di natura essenzialmente statistica (che tra le donne vi è una più ampia varianza di livelli educativi, quindi sono più rappresentati i livelli bassi per i quali è maggiore l'effetto di un miglioramento della literacy). Altre sono più di sostanza: l'incremento di produttività di una donna in rapporto alla sua literacy è in media maggiore di quella del-

l'uomo, perché la donna sfrutta meglio la sua capacità di literacy a parità di condizioni ed è anche in grado di difenderle in condizioni difficili, soprattutto a livello medio o medio-basso; il lavoro dell'uomo è più basato sulle sue capacità manuali e quindi risente meno del livello educativo; infine, la literacy delle donne è molto probabilmente associata ad altre variabili - di infrastruttura sociale soprattutto - che a loro volta influenzano la crescita.

### Conclusioni

Le implicazioni di questo studio sono ovvie. La prima e più generale è che la literacy influenza la produttività e lo fa anche in un contesto - come quello dei Paesi industrializzati - di un'organizzazione del lavoro avanzata; la seconda è che la qualità del sistema educativo è fondamentale e che quindi un Paese deve investire nella qualità del sistema educativo e, all'interno di questo, deve soprattutto preoccuparsi di non lasciare indietro parti consistenti della popolazione, soprattutto se donne, perché questo ha immediatamente un impatto negativo sulla crescita. L'altro aspetto importante è che oltre alla qualità dell'educazione, visto che la literacy che conta è quella che è ancora viva tra i 17 e i 25 anni, è importante la capacità di mantenere i livelli di literacy acquisiti durante il corso formale di studi anche successivamente. Un ragazzo che ha frequentato la scuola anche fino ai 15 anni, ma che a 23-24 anni non ha più avuto alcun tipo di input in termini culturali, ha perso una parte sostanziale della sua capacità di literacy: produrrà in base al suo livello a 23 anni e non in base a quello che aveva a 15.

Quest'ultima osservazione porta a una implicazione non di poco conto per quanto riguarda il rationale del programma Nati per Leggere. Questo, fra i suoi effetti attesi e dimostrati, ha quello di educare a un rapporto con il libro e la lettura che dura nel tempo, e quindi può essere uno strumento che facilita l'acquisizione di certi livelli educativi ma che ne consente anche i livelli di mantenimento. Rispetto alla situazione italiana e all'attuale dibattito sulla scuola, che muove sostanzialmente dalla riduzione dell'investimento dello Stato nella scuola pubblica, le implicazioni sono assolutamente evidenti. Vi è infine un'ultima considerazione che vorremmo fare, tenendo conto che *Quaderni acp* è nato in Sicilia

# controluce

più di 10 anni fa e che l'isola si trova in questo momento di fronte al problema della costruzione del ponte sullo Stretto. Ebbene, quando uno degli autori, alla fine della discussione, ha concluso dicendo: «*ci sembra dunque di poter dire ai governi che conviene loro investire in educazione di qualità piuttosto che in ponti*» (infatti, se è il capitale umano a spiegare gran parte della crescita, è evidente che il capitale fisico, cioè l'infrastruttura, viene ad avere una rilevanza inferiore), non abbiamo potuto fare a meno di pensare al nostro controverso ponte.

Alessandra Sila\*, Giorgio Tamburlini\*\*

\*Centro per la Salute del Bambino, Trieste

\*\*Children and Youth Unit, Banca Mondiale, Washington DC, USA

## Incontro sulle vaccinazioni aperto al pubblico ad Asolo

In febbraio 2004, ad Asolo (TV), si è tenuto un incontro pubblico "Vaccinazioni: rischi e benefici", organizzato dall'Associazione Culturale Pediatri.

Due gli stili di vita e due gli approcci professionali messi a confronto: la medicina tradizionale, con Luisella Grandori, referente per la prevenzione vaccinale dell'Associazione Culturale Pediatri Nazionale; la medicina omeopatica, con Andrea Valeri, responsabile del dipartimento ricerche cliniche della Società Italiana Medicina Omeopatica. Ampio spazio è stato lasciato agli interventi critici e stimolanti del pubblico. L'incontro, svoltosi in un clima di grande serenità alla presenza di più di 200 persone, è stato anche utilizzato per svolgere una semplice indagine conoscitiva sulle opinioni dei presenti in merito alle vaccinazioni. Al pubblico presente in sala è stato distribuito un breve questionario per raccogliere informazioni socio-demografiche (età, sesso, professione), attitudine nei confronti della medicina omeopatica, le fonti di informazione sui vaccini correntemente utilizzate e, infine, un giudizio sull'incontro cui stavano assistendo. Sono stati compilati 114 questionari (63,2%), da un pubblico di 30-40 anni di età (61,6%), un terzo occupato nel settore della sanità, composto in prevalenza

da donne. Un terzo degli intervistati ha dichiarato di ricorrere abitualmente alla medicina omeopatica, mentre un altro terzo non l'ha mai utilizzata. Internet è considerato la fonte di informazioni sui vaccini ritenuta più attendibile dal 58,2% dei presenti, seguito dai medici (54,5%), dalla stampa e televisione (40%), e dai suggerimenti di amici (18,2%) - era possibile dare più risposte. Per approfondire questo dato sono state analizzate separatamente le risposte degli intervistati non operanti nel settore della sanità. Tra di essi l'attendibilità dei medici sale al 61%, quella di internet si situa al 54,5%. Vengono considerati attendibili i giornali e le riviste dal 27,3%, le notizie fornite dagli amici dal 24,7%. Il 74,3% degli operatori sanitari e il 92,2% del pubblico rimanente hanno espresso un giudizio positivo dell'incontro, dichiarando di avere appreso informazioni che non conoscevano. Anche per l'ACP di Asolo il giudizio complessivo è stato più che positivo in considerazione della partecipazione numerosa, della qualità degli interventi e dell'aumento delle conoscenze prodotte. Un'iniziativa che potrà quindi ripetersi anche per altre tematiche.

m.b.

## I problemi dell'alimentazione con B. Cramer

Bertrand Cramer, psicoanalista, già primario di Neuropsichiatria a Ginevra, è un pioniere dell'approccio relazionale ai disturbi funzionali, comportamentali e psichici del bambino; è promotore di una nuova tecnica terapeutica: la terapia congiunta madre-bambino, particolarmente utilizzata nella primissima infanzia. Il suo seminario, a Torino, è stato di grande interesse.

Ha iniziato con una classificazione dei disturbi alimentari:

1. State regulation
2. Anoressia nel quadro di un disordine relazionale, tra questi l'anoressia di opposizione
3. Anoressia infantile o primaria
4. Rifiuto specifico di un alimento
5. Anoressia post-traumatica
6. Anoressia dopo malattia grave o debilitante

e ha illustrato i vari tipi di disturbo.

Ha utilizzato molti video per presentare casi tipici, che hanno permesso di vedere direttamente i colloqui tra Cramer e le mamme; seguire i passaggi del discorso, i legami tra un passaggio e l'altro; osservare il comportamento del bambino. Si è potuto vedere il filo del corso del colloquio e si è avuta la possibilità di seguirlo per arrivare all'origine del problema: mamme intrusive, mamme ipercontrolanti, mamme angosciate e bambini che rifiutano il cibo come unica possibilità di segnalare che non stanno bene in quella relazione. Si è così inteso che solo attraverso la comprensione dell'angoscia materna è possibile intraprendere un approccio terapeutico condiviso. Si è visto l'enorme potere del bambino espresso con il suo no al cibo, con il suo voltare la testa, che è poi la sua unica possibilità di segnalare che qualcosa si è inceppato nella relazione. Ci ha dunque fatto capire come non si possa affrontare un problema dell'alimentazione se non ci si situa nel contesto relazionale mamma-bambino. L'interazione alimentare infatti richiede sempre anche reciprocità sociale e, se questa viene a mancare, appare il sintomo. Per noi pediatri che, primi, affrontiamo il sintomo, questo significa saper fare un'anamnesi del disturbo alimentare che sia anche e insieme un'anamnesi della madre rispetto al suo atteggiamento nei riguardi del cibo e della nutrizione. Spesso c'è un legame con il vissuto della mamma-bambina. È quello che Cramer chiama trasmissione trans-generazionale anche fra più generazioni; passaggio dai genitori di complessi, tematiche, ideologie, e anche modalità di angoscia ereditate in una discendenza familiare. È la penetrazione delle idee, dei fantasmi parentali nel divenire del bambino. È importante quindi imparare a non attaccare subito il sintomo nel nostro approccio, ma avere il tempo, la capacità di ascolto, l'interesse e la sensibilità per saper andare dietro al sintomo e all'angoscia della madre: lasciarla parlare, fare domande aperte, e talvolta anche sollevare emozioni dolorose. Sarà così possibile affrontare il disturbo che ci viene portato, nella sua reale dimensione.

Danielle Rollier

Trascrizione completa della giornata sul sito dell'ACP Ovest



## Il primo libro del bambino è pronto

È in fase di preparazione il primo libro prodotto da NPL, edito da Giunti Editore. L'autore del libro è Stefania Manetti in collaborazione con la redazione di *Quaderni acp*, mentre le fotografie sono a cura di Giuseppe Coppola - Foto 105, Piano di Sorrento, Napoli. Un ringraziamento particolare va a Nives Benati per la preziosa collaborazione.

Si tratta di *Guarda che faccia!*, un cartonato con le fotografie delle facce di bambini di 6-12 mesi di età a tutta pagina. Le facce rispecchiano diverse emozioni quali gioia, rabbia, tristezza, e sono sottolineate da espressioni verbali quali "yuhuu, grrrr, sniff". Con semplicità questo libro esplora le emozioni di ogni giorno che lentamente emergono e vengono riconosciute dai bambini. Il libro, indicato per la fascia 6-12 mesi, è facilmente maneggiabile grazie alla misura ridotta; le sue pagine robuste sono adatte alle prime esplorazioni autonome. I bambini di questa età raggiungono i libri, li "assaggiano" e guardano le figure - sono catturati dalle fotografie delle facce -, vocalizzano e "battono" con la mano sulle pagine. Sulla "lettura" della facce i genitori possono facilmente raccontare ciò che fa il bambino ritratto. Il libro contiene anche brevi e semplici informazioni per i genitori. Il libro uscirà alla fine di giugno; sarà disponibile sia in libreria per il pubblico sia per i progetti NPL; per questi sarà disponibile al prezzo unitario di Euro 3.54 escluse le spese di spedizione. Il libro sarà distribuito dal Centro per la Salute del Bambino con stock minimi di 100 copie.

I coordinatori dei progetti locali, gli ospedali, i pediatri, i bibliotecari e gli

enti istituzionali possono inviare le prenotazioni per le forniture al Centro per la Salute del Bambino, via dei Burlo, 1-34123 Trieste; e-mail: [csb.trieste@iol.it](mailto:csb.trieste@iol.it) oppure [npl@iol.it](mailto:npl@iol.it).

### Lazio

Nel marzo scorso, presso la Biblioteca Comunale di Contigliano (Rieti), si è tenuto un incontro speciale: a tutti i bimbi nati nel 2003, che sono stati invitati insieme ai loro genitori, è stato donato un libro come omaggio di benvenuto per i piccoli nuovi arrivati, nella speranza che diventino subito assidui ed esigenti utenti della Biblioteca. Il libro scelto è *Voglio la luna* di Lucia Scuderi. Ai primi di aprile è stato presentato in Campidoglio il progetto del Comune di Roma, di cui daremo notizia nel prossimo numero.

### Lombardia

Presso la sezione Ragazzi della Biblioteca comunale di Varese si è parlato del progetto NPL. Da meno di un anno, a Varese, la sezione ragazzi ha una sede propria, distaccata dal resto della biblioteca, molto accogliente e vivace, dotata di una saletta dove abitualmente si organizzano attività per i bambini (letture, laboratori ecc.). Megi Shoeller Cleric, pediatra dell'ACP Milano, ha presentato il progetto NPL, dal punto di vista del pediatra, a un gruppetto di circa 20 persone (un pubblico tutto femminile). L'intervento era inserito in un ciclo di 3 incontri, rivolto ai genitori, per sensibilizzarli riguardo al tema della lettura ad alta voce ai bambini più piccoli. La mattinata è stata molto gradevole; le mamme partecipano e attente sono intervenute raccontando la loro esperienza e facendo molte domande, mentre i bambini intanto si aggiravano fra gli scaffali e gli espositori di libri accompagnati dalle bibliotecarie.

### Sicilia

A Ragusa è stato presentato da Giancarlo Biasini e Vincenzo Montalbano, di fronte a un numerosissimo e attento gruppo di pediatri, il progetto Nati per Leggere

# nati

cui l'ACP Ragusa ha dato inizio. Franco Cultrera, responsabile dell'ACP Ragusa, ha in corso stretti contatti con le amministrazioni locali per ottenere i finanziamenti necessari alla partenza del progetto. Altre notizie nel prossimo numero.

### Emilia-Romagna

A Reggio Emilia si sta dando attuazione al progetto Nati per Leggere, su proposta della Sezione Provinciale di Reggio Emilia dell'Associazione Culturale Pediatri. Il progetto coinvolgerà tutto il territorio provinciale e interesserà un numero elevato di famiglie: nel comune di Reggio Emilia nascono ogni anno circa 1600 bambini e in provincia circa 3100. A partire dal gennaio 2004 i pediatri che hanno aderito al progetto racconteranno alle famiglie la lettura ad alta voce ai bambini, consegneranno materiale informativo di orientamento e informazioni sulle biblioteche cittadine.

Con la collaborazione della FIMP e della Amministrazione Provinciale i pediatri regaleranno un libro ai bambini in occasione del bilancio di salute del primo anno di età. I libri scelti come dono sono i primi quattro titoli della collana "La piccola scintilla" editi da Zoolibri, scritti e illustrati da Edouard Manceau: *Hop la pecora*, *Pof l'elefante*, *Quick il pinguino*, *Zum Zum la coccinella*. In ogni sala d'attesa sarà ospitato un punto informativo sul progetto e saranno organizzati, in via sperimentale, alcuni momenti di lettura ad alta voce ai più piccoli. Le biblioteche offrono ai bambini e ai loro genitori una tessera personale fin dal 1° giorno di vita, uno spazio dedicato ai più piccoli che i genitori possono frequentare insieme ai loro bambini, elenchi ragionati, bibliografie e i consigli del bibliotecario, mostre bibliografiche a tema, letture animate e laboratori per bambini e genitori. La nuova Biblioteca Decentrata di Santa Croce è la biblioteca di riferimento per il progetto.

Nati per Leggere a Reggio Emilia: in collaborazione con l'ambulatorio pediatrico di gruppo presente nel quartiere offre un accogliente spazio per i più piccini e i loro genitori, una ricca proposta di libri da esplorare, una vetrina informativa permanente sul progetto in biblioteca e

# per leggere

una vetrina nell'ambulatorio pediatrico, iniziative di promozione della lettura rivolte a tutta la città, che partono dai bambini, dalle famiglie e dalle scuole della circoscrizione. Per informazioni: Enrica Simonini (Biblioteca Panizzi), ragazzi@municipio.re.it e Giovanna Righi (Biblioteca di Santa Croce), scroc@municipio.re.it.

Anna Maria Davoli

## Abruzzo

L'attività di Nati per Leggere, a Pescara e provincia, ha seguito un singolare percorso. È nata dall'interesse di più operatori che hanno creduto nella validità del progetto. Mentre si pensava di iniziare ad attuare il progetto NPL, Lea Merlino, psicopedagogista del Circolo Didattico del distretto di Cepagatti, dove svolgo la mia attività di pediatra, aveva cominciato un progetto analogo. Così il progetto, supportato da Tito Viola (AIB Abruzzo), e da Nadia Guardiano (Biblioteca "F. Di Giampaolo"), ha preso il volo nel 2001. Si è costituito un gruppo di lavoro che ha definito le azioni da attuare.

La biblioteca per ragazzi, gli ambulatori pediatrici, gli asili nido e le scuole materne, sono stati individuati come luoghi in cui realizzare le iniziative per favorire l'approccio al libro e alla lettura dei bambini, coinvolgendo educatori e genitori. I pediatri dell'ACP si sono impegnati a diffondere l'informazione negli ambulatori ai bilanci di salute. La prima presentazione del progetto è avvenuta nell'ottobre 2001 alla presenza di un centinaio di genitori che hanno mostrato grande interesse per un argomento "nuovo".

Nell'anno successivo, con il contributo dell'Assessorato alla Sanità e in collaborazione con il Circolo Didattico di Cepagatti, sono stati promossi la pubblicazione del progetto nelle scuole e negli ambulatori, l'attività di promozione ai bilanci di salute da parte del pediatra, incontri di preparazione e di scelta delle letture, attività di lettura espressiva negli ambulatori pediatrici da gennaio a maggio 2003, un corso di lettura espressiva per animatori condotto da Mario Massari. A fine corso e dopo il periodo di attività presso le sale d'attesa degli ambulatori si è fatto un primo bilancio.

*Gli aspetti positivi:* sono state avvicinate tutte le fasce culturali compresi i genitori che non hanno approccio con la lettura.

*Gli aspetti negativi:* tempi di permanenza dei bambini in ambulatorio troppo ristretti per ottenere risultati efficaci e valutabili; attività su fasce di età diverse per le esigenze di lettura.

*Le proposte:* organizzare le mamme per fasce di età, avvicinare più genitori ai corsi di lettura animata, dare informazioni sulla biblioteca provinciale, preparare questionari per gli animatori.

La partecipazione dei genitori, che hanno aderito al primo corso di animatori e al progetto sperimentale negli ambulatori, è stata fattiva. I risultati sono stati tali da proporre il progetto in ambito provinciale e chiedere fondi per supportarlo. È stata organizzata una conferenza presso la Biblioteca per iniziare a sensibilizzare i vari operatori scolastici ed i politici locali.

È stata organizzata il 22 marzo 2003 da Nadia Guardiano, presso la biblioteca F. Di Giampaolo, la conferenza Nati per Leggere: perché i libri aiutano a crescere, che ha visto una folta partecipazione di genitori, insegnanti e operatori culturali. La conferenza si è avvalsa del contributo di Rita Valentino Merletti, di Domenico Cappellucci e di Tito Vezio Viola. Parallelamente sono state avviate a Pescara iniziative per preparare le successive fasi del progetto.

L'Agenzia per la Promozione Culturale di Pescara ha allestito presso la sezione ragazzi della biblioteca "Di Giampaolo" e nella biblioteca della sede di Penne uno "spazio morbido" per i più piccoli (0-6 anni) e ha incrementato il patrimonio librario per questa età. Sono stati svolti laboratori presso i 6 nidi comunali della città nel 2002 e nel 2003 per un totale di 60 ore. È stato organizzato un corso di aggiornamento per le insegnanti delle scuole materne comunali e poi per le operatrici dei nidi. Ai corsi sono intervenuti Rita Valentino Merletti, Giovanna Malgaroli e Domenico Cappellucci.

A termine del corso si è svolto un seminario per far incontrare gli organizzatori, gli operatori, i bibliotecari, i pediatri, gli

insegnanti, gli animatori, coinvolti nei progetti avviati o in fase iniziale o in progettazione nella regione per scambiare esperienze, trovare elementi comuni, parametri di valutazione e costituire un coordinamento regionale.

Nell'anno in corso si stanno svolgendo quattro laboratori di lettura espressiva per volontari di lettura ad alta voce rivolti a genitori, educatori, operatori culturali, studenti. Ciascun laboratorio consta di 8 incontri, per un totale di 80 partecipanti tra genitori, operatori scolastici ed altri volontari. Sono in corso, infine, numerosi laboratori rivolti ai bambini della scuola materna ed elementare di Pescara per promuovere il piacere della lettura, attraverso il gioco, la drammatizzazione, la lettura ad alta voce, l'espressione grafica.

Domenico Cappellucci

## Lettere a NPL

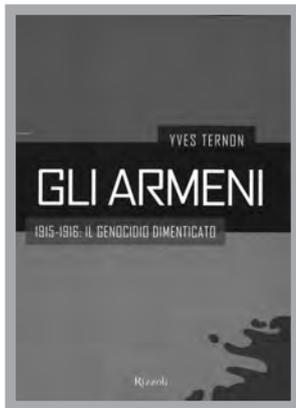
### Un cesto di libri a Viareggio

*Sono una pediatra che lavora in Versilia; ho ambulatori a Camaiore, Lido di Camaiore e Viareggio. Seguendo gli esempi citati su "Quaderni acp", nei miei tre ambulatori ho allestito un "cesto di lettura" con libri miei, adatti alle varie fasce di età. Ho esposto un avviso invitando al rispetto dei libri, descrivendo in modo semplice gli effetti positivi che la lettura, fatta dal genitore ad alta voce fin dalla primissima infanzia, produce sull'apprendimento del linguaggio, lettura, scrittura, e sul legame affettivo genitore-figlio.*

*I libri possono essere sfogliati durante l'attesa e chiesti in prestito alla segretaria da chi fosse interessato a leggerli a casa. Avrei intenzione di instaurare con la biblioteca locale una collaborazione per migliorare questa iniziativa e di cui vi darò notizie.*

Patrizia Seppia

# Libri: occasioni per una



Un milione e mezzo di cittadini di lingua armena dell'impero ottomano (la moderna Turchia) fu deportato nel deserto dell'attuale Iraq e sterminato in due anni: nel 1915 e 1916 durante la guerra che vide la Turchia alleata della Germania e dell'Austria-Ungheria contro l'Intesa.

Già negli anni precedenti alla guerra gli armeni furono oggetto di persecuzioni ed uccisioni specialmente per mano dei curdi, armati dal governo turco-ottomano: una delle tante nemesi storiche. Il grande sterminio fu compiuto su un ordine preciso del partito "Unione e progresso", che era il braccio armato del movimento dei Giovani Turchi; il movimento che voleva una Turchia moderna richiamandosi al panturchismo e che voleva salvare l'impero ottomano "turchizzandolo". Fu il primo genocidio del secolo che diede al nazismo le idee ed i suggerimenti operativi per il genocidio del popolo ebraico. Gli armeni furono sterminati con ancora maggiore crudeltà di quella usata contro gli ebrei: sgozzati, impalati, fatti a pezzi, stuprati, evirati, fatti morire di fame e di sete.

Quale era la colpa degli armeni? Non essere turchi e turcofoni, avere una propria lingua e una cultura millenaria. Perché di questo genocidio si sa così poco? Anzitutto perché i regimi turchi di ogni colore, democratici e dittatoriali, hanno - al contrario della Germania democratica - ostinatamente nascosto tutte le documentazioni e hanno sostituito gli ordini di sterminio che furono effettivamente dati con documenti sostanzialmente falsi. Gli equilibri della

guerra fredda hanno aiutato i turchi, essenziali per la difesa dell'occidente, nel loro negazionismo. Non per nulla Hitler, a riprova che si poteva senza danni sterminare gli ebrei, nel libro che nel 1939 seguì il Mein Kampf, scrisse: "Chi parla ancora dello sterminio degli armeni?"

Negli anni sessanta il caso è stato faticosamente riaperto nelle sedi internazionali: l'ONU, e più tardi il parlamento europeo, hanno riconosciuto la realtà storica del genocidio e l'utilizzo di un popolo, quello curdo, nello sterminio di un altro popolo, quello armeno; ancora due popoli che il destino aveva collocato sulla stessa terra. L'autore del libro è un medico francese che ha condotto ricerche prima sul genocidio degli ebrei, e particolarmente sui crimini della medicina nazista, ed ha continuato il suo impegno con ricerche sul genocidio armeno. L'obiettivo principale di Ternon è quello di farci riflettere sul tema e sul dramma della sopravvivenza delle etnie e delle culture di fronte ai nazionalismi segnati dalla intolleranza razziale e religiosa e sulla triste accettazione del fatto che la ragion di stato prevalga sulla tutela dei diritti umani.

Giancarlo Biasini

## Ives Ternon

*Gli armeni*

1915-1916: Il genocidio dimenticato, Rizzoli 2003, pag.418. Euro 28,00



Una storia dolente di paura e nostalgia, ambientata in una Bari sospesa tra passato e presente, un po' metropoli di frontie-

ra, un po' misteriosa periferia del profondo Sud. Le aule del tribunale e il sistema giudiziario sono soltanto l'occasione per parlare di vicende dolorose, attraversate dalla paura contro cui non si smette mai di lottare.

Guido Guerrieri è un avvocato quarantenne con alle spalle un matrimonio fallito, depressioni e crisi di panico; è coinvolto in un caso di persecuzione e violenza fisica e psicologica, dove l'accusato è un "intoccabile", stimato professionista e figlio di un notevole, e la vittima una donna sola e troppo fragile. Il criminale è uno *stalker*, dal verbo inglese che, tradotto alla lettera, vuol dire "inseguire furtivamente, pedinare".

Esattamente quello che subisce Martina, l'assistita di Guerrieri, dall'ex convivente che, tormentandola con persecuzioni e minacce, la costringe a vivere nel terrore, incapace di condurre un'esistenza libera, segregata in casa come in un carcere.

Un caso che porta rogne, un'improbabile partita di calcio Cassano delle Murge-Manchester United, dove la squadra del nostro avvocato non è quella inglese. L'incarico accettato da Guerrieri lo porterà a confrontarsi con storie disperate, tra cui quella della dura e leale suor Claudia, fino al drammatico epilogo. Guerrieri, nonostante una ritrovata serenità sentimentale, è disilluso, deve fare i conti con gli anni che passano, gli amici perduti, le cose del mondo che una volta si volevano cambiare, prima di lasciar prevalere la stanchezza, come poi succede a tutti.

A scandire il tempo dei ricordi è l'orologio visivo di Bari, divisa tra le due anime di città cosmopolita prolifica di locali e nuove tendenze, e silenzioso borgo vecchio abitato dai fantasmi di pizzerie fuori moda e personaggi irreali, quasi felliniani, sopravvissuti di uno stile di vita che non esiste più.

Carofiglio racconta le feste new age, gli after hour e i cinema d'essai notturni, ma anche quella sala Jolly di terza visione e quella Standa dagli scaffali e prodotti scomparsi, entrati già nel costume del passato. Un romanzo attraversato da una lieve malinconia, e soprattutto dal-

# buona lettura

l'odore persistente e impudico della paura.

Nicola D'Andrea

## Gianrico Carofiglio

*Ad occhi chiusi*

Sellerio Editore 2003, pp 253, Euro 10,00



È un libro-lettera che Luigi scrive al "Signor giudice" per spiegare l'assenza dall'Istituto sua e di quattro ragazzi con storie diverse; una vita terribile alle spalle, ma con la capacità di comprendere fantasticando.

Luigi è un piccolo siciliano di famiglia mafiosa, tenuto a Milano in un Istituto per minori per salvarlo dalla vendetta della famiglia nemica; quando Luigi vuole risentirsi vicino suo padre, si riempie la bocca di cassata siciliana. Zoran, zingaro, viene dalla Bosnia, Walter è della Val Chiavenna ed è orfano con un padre tossico più in galera che fuori, Ahmed è un piccolo Curdo, che ha perso tutti naufragando nel tentativo di raggiungere la costa: il racconto vive perché c'è lui che dalla cima del Duomo di Milano vede le montagne e la neve che gli ricorda il suo paese e vuole raggiungerla anche se per poco, per rivederla e risentirsela addosso.

La fuga è verso la baita dei genitori di Walter e poi verso la cascata gelata alla quale non arrivano perché gliela ruba una

valanga. Luigi la neve non la conosce, è un uomo di mare, di sabbia e di fichi d'India come tutti i siciliani, e impara a conoscerla nell'occasione; la trova così accogliente da innamorarsene. Ma per tutti la neve trovata o ritrovata è una tangibile felicità; è il senso di una libertà che i quattro non hanno mai conosciuto. È la neve a indurre Ahmed e Zoran, musulmani, a gettarsi su di lei per pregare perché "sulla neve si può; in Istituto non te ne viene voglia".

Il linguaggio con cui Luigi racconta è fiabesco, ma veloce e lineare come quello degli adolescenti schietti; via via la fuga prende l'aspetto di un romanzo che affascina e porta ad arrivare alla fine delle 90 pagine.

È un racconto che tiene insieme quattro storie di un mondo doloroso, al quale rivolgiamo di rado lo sguardo. Questo libro ci aiuta a farlo.

Giancarlo Biasini

## Francesca Carminoli

*La neve di Ahmed*

Jaca Book E. Il Grandevetro 2003, pp 90, Euro 8,00



Scritto con abile ironia da una mamma adottiva di due coppie di fratelli arrivati in Italia dal Brasile in due periodi successivi, il libro è un'attenta analisi di quanto succede dal momento in cui "genitori ancora senza figli e figli senza

più genitori si sono cercati, ritrovati e finalmente adottati, reciprocamente, totalmente".

Ne viene descritto il percorso non facile, problematico, vissuto come "una lunga, lunghissima gravidanza", con l'interminabile e angosciata attesa dell'idoneità, le assillanti pratiche burocratiche, gli incontri con operatori non sempre competenti.

L'emozione e l'imprevedibilità del primo incontro con i bambini, la condivisione di difficoltà e dubbi con altri genitori adottivi, i mille problemi quotidiani, ma anche le gioie e le soddisfazioni che caratterizzano l'avventura della crescita in un diverso contesto e in una nuova realtà comunque complessa sono raccontati a ritmo incalzante e offrono utili spunti di riflessione a psicologi, pediatri, insegnanti.

Non sempre gli operatori sembrano infatti consapevoli che "la sofferenza lascia tracce, che il dolore non si supera ma si metabolizza lentamente, che l'istituto non insegna a coltivare abilità sociali e capacità di relazione, e che può essere terribile fare amicizia e fidarsi degli adulti".

Non sempre ci si ricorda che un bambino, a qualunque età venga adottato, ha bisogno di tornare piccolo e di vivere tra le braccia di qualcuno "che non andrà più via": tutti passaggi mancati fin dalla primissima infanzia.

A fine lettura la sensazione è quella di avere avuto la possibilità di capire un poco di più e di andare oltre i luoghi comuni che spesso caratterizzano quella che nel libro viene definita "la più incredibile, difficile, faticosa e meravigliosa avventura che possa capitare a una mamma e a un papà".

Da considerare, infine, nelle ultime due pagine, l'elenco di libri per bambini selezionati e suggeriti dall'autrice in tema di adozione, differenze, diversità di colore della pelle.

Federica Zanetto

## Mery La Rosa

*Ci siamo adottati*

Edizioni Magi 2003, pp 177, Euro 10,00

# info: notizie

## Assistenza sanitaria l'11 marzo a Madrid

Il servizio di emergenza spagnolo di Madrid ha dato prova di sé in occasione dell'attentato dell'11 marzo. 181 cittadini sono morti al momento dello scoppio, nei 4 giorni successivi ci sono stati altri 20 decessi negli ospedali e 20 sono rimasti per molti giorni in condizioni critiche. Sono stati assistiti 1500 cittadini in 4 ore. Tra i ricoverati sono stati effettuati più di 90 interventi chirurgici. Alle richieste di sangue la massima risposta è stata ottenuta in 3 ore. Una équipe di 140 psicologi e psichiatri è stata immediatamente allestita per l'assistenza ai feriti e alle famiglie dei colpiti. (*Lancet* 2004;363:955)

## En attendant... la farmacogenomica

“Ad ogni persona il suo farmaco”: questo è il sogno che *Medicina 33* di Luciano Onder sulla Rai va inculcando negli italiani all'ora di colazione. Quali sono le prospettive vere? Scrive *Nature* (2003;425:762) che i progetti relativi alla farmacogenomica richiedono investimenti finanziari che le industrie sono riluttanti a porre in atto.

Le loro priorità sono legate alla preparazione di farmaci per il più vasto mercato possibile e non per gruppi selezionati di persone con particolari profili genetici. Dice Brian Spear, direttore delle ricerche farmacogenetiche della Abbott: «La nostra filosofia generale non è quella che limita la ricerca allo sviluppo di farmaci per gruppi limitati di pazienti». Per ora l'impegno delle compagnie di produttori è quello di conservare campioni di siero dei pazienti che entrano nei *clinical trials* per avere la possibilità di un eventuale esame genetico retrospettivo. A questo proposito si deve ricordare che la FDA, nel gennaio 2003, aveva chiesto alle imprese che conducevano nuove sperimentazioni di raccogliere dati sul gruppo etnico dei partecipanti. Alcuni ricercatori avevano contestato questa decisione obiettando che, mentre le differenze fra gruppi sono esigue, gli abusi storici sulla separazione della umanità in “razze” sono stati drammatici. Questi studiosi avevano raccomandato invece la raccolta di dati genomici su ciascun individuo, che è ciò che l'industria ha accettato. In sostanza, mentre la poten-

ziale importanza della farmacogenetica sembra evidente, le sue applicazioni dipendono fortemente dal bilancio costi economici/benefici economici degli investimenti. C'è poi un secondo problema: con il 2008 verranno a scadenza gran parte dei brevetti relativi ai farmaci antitumorali più diffusi (*Le Scienze* 2004;425:31) e il conseguente ingresso sul mercato dei rispettivi generici. La caduta degli introiti si ripercuoterà sugli investimenti nei farmaci in sviluppo?

## Una brutta aria per gli antibiotici

Il congresso della *Infectious Disease Society of America*, nel novembre 2003, si è svolto all'insegna del pessimismo sulla possibilità di scoprire nuovi antibiotici da parte dell'industria; molte compagnie stanno tagliando i fondi per la ricerca nel campo degli antibatterici. Quale il problema? L'antibatterico viene utilizzato per una settimana per una malattia acuta che in genere va a guarigione; gli antilipidici, e in genere i farmaci per le malattie croniche, sono utilizzati per tutta la vita. Il ritorno economico degli antibatterici è troppo basso, se confrontato con gli antilipidici e ancora di più con i cosmetici. L'affare sembrano essere i *cosmeceuticals*: il loro mercato è raddoppiato nell'ultima decade. Inoltre gli antibatterici hanno indicazioni sempre più strette, riferiti a una sola o a poche malattie; il tempo dei farmaci “a largo spettro” è ormai finito nei Paesi sviluppati; può tenere ancora nei Paesi poveri, ma i Paesi poveri non sono redditizi per le industrie e chiedono sempre più generici. Questi sono i motivi per i quali al momento c'è una stasi nello sviluppo degli antibiotici contro i batteri Gram-negativi multiresistenti come *Pseudomonas*, *Stenotrophomonas*, *Acinetobacter*. Nel quindicennio precedente il focus era stato interamente sui Gram-positivi (stafilo, pneumo, entero), ma gli investimenti, assai cospicui, secondo Steve Projan (direttore della ricerca antibatterica della Wyeth), sono stati molto poco remunerativi se si pensa che portare un farmaco sul mercato costa mediamente 900 milioni di dollari USA. Così, in lista di attesa per essere commercializzati, ci sono 400 nuovi farmaci, ma solo 5 sono antibatterici e oltre tutto, mentre

per la registrazione della tetraciclina occorsero 2 anni, per la tigeociclina alla Wyeth ce ne vorranno 10: dal 1995 al 2005. La *Infectious Disease Society of America* ha chiesto al governo di occuparsi di questo problema con lo stesso impegno con il quale affronta il bioterrorismo. (*Lancet* 2003;362:1726; *Nature* 2003;424:990).

## USA: un piano di ricerca per l'autismo

Il *National Institute of Health* (NIH) americano sta preparando un piano di ricerca per l'autismo per ridurre del 25% la frequenza della malattia in 10 anni. Attualmente negli USA l'autismo è stimato interessare lo 0.5% della popolazione. Gli obiettivi del piano: identificare la genetica, i fattori ambientali e neurologici che stanno alla base della sindrome. Le metodologie: costruire una mappa dei geni potenzialmente legati all'autismo, progettare una serie di *clinical trial* per determinare l'efficacia di alcuni trattamenti suggeriti in fase precoce. Il NIH fa presente che al momento le difficoltà sono notevoli: “*We have no genes, no circuits, no workable animal model; we are where we are eight years ago with Alzheimer or 20 years ago with Huntington*”. Il budget a disposizione per ora è di 4.5 milioni di dollari, destinati alla ricerca genetica, messi a disposizione dal NIH e dalla “National Alliance for Autism Research” (*Nature* 2003;426:373).

## 794 miliardi di dollari per armi

Lo *Stockholm International Peace Research Institute* (SIPRI) pubblica i dati delle spese per armi. Nel 2002 nel mondo sono stati spesi circa 794 miliardi di dollari USA per le armi. Le spese, nell'ultima decade, sono diminuite del 16% nell'Europa dell'Est e del centro; sono aumentate del 38% nel Medio Oriente e del 44% nel Sud asiatico. Gli Stati Uniti sono il Paese che spende quantitativamente di più: il 3.1% del loro Prodotto Interno Lordo (PIL), ma il Burundi spende l'8.1%; Oman, Arabia Saudita e Kuwait spendono oltre il 10%. Il Pakistan spende il 4.4% in armi e il 4.1% in sanità. Nel periodo studiato c'è stato un solo conflitto fra Stati: quello fra India e Pakistan del 2002 (*Lancet* 2003;362:1685).

# sulla salute

## Obesità: rigore in UK

La Food Sanitation Agency (FSA), organizzazione governativa inglese, ha iniziato una sua discussione circa le diete dei bambini e la loro promozione da parte dell'industria che produce snack ad alto contenuto calorico e alla loro propaganda sui media. La FSA dà per impossibile un accordo con le industrie alimentari per una presentazione più veritiera dei loro prodotti che contengono una quantità inaccettabile di calorie: basta pensare che una barretta di cioccolato contiene un quinto delle calorie necessarie per un giorno a un bambino di 10 anni. La FSA ritiene che oramai i produttori devono essere obbligati, per legge, a dichiarare, sia in termini numerici che con una chiara immagine, il contenuto in calorie dei loro prodotti (*Lancet* 2003; 362:1593).

## Obesità: in USA invece...

Secondo un editoriale di *Lancet* del 31 gennaio 2004 la "guerra all'obesità rischia di essere intralciata dalle industrie alimentari esattamente come la guerra al fumo è stata intralciata dalle industrie del tabacco". Gli USA sono di fronte a un dilemma: da una parte spendono, con i loro programmi assistenziali (1), 75 miliardi di dollari ogni anno (175 dollari per ogni americano che paga le tasse) per le conseguenze dell'obesità (tumori, cardiopatie, diabete, coleciostopatie), senza contare i costi affrontati dai privati; dall'altra le industrie alimentari si oppongono a campagne di riduzione dell'alimentazione eccessiva. L'obiettivo in USA sarebbe di ridurre la quota di popolazione obesa (64% degli adulti, 13% dei bambini sotto i 13 anni). Le industrie alimentari e la Coca Cola stanno cercando di ritardare la discussione di una risoluzione dell'OMS che dovrebbe andare all'Assemblea (*World Health Assembly*: WHA) in maggio e che richiede ai governi un impegno nella riduzione di grasso, sale e zucchero nei cibi, oltre naturalmente a suggerire attività motoria. Il governo USA ha inviato all'OMS una memoria nella quale vengono messi in dubbio le evidenze che stanno alla base della risoluzione. In particolare, viene contestato il

rapporto fra disponibilità di cibi con contenuto calorico eccessivo e obesità, e anche che l'uso di frutta e vegetali in quantità maggiori riduca il rischio di obesità e diabete. Viene contestato che il 25% di zuccheri aggiunti alla dieta sia inaccettabile, come dice il rapporto dell'OMS. A questo proposito una lettera della "Sugar Association" cita dati dell'*US Institute of Medicine* che l'Istituto stesso ha dichiarato essere stati usati in maniera scorretta (*Lancet* 2004;363:339). Intanto la Camera dei rappresentanti americana ha votato un "Bill" che vieta agli obesi di citare in giudizio la Mc Donald per la loro obesità (*Lancet* 2004;363:954; *Nature* 2004; 428:239).

(1) *Medicare*: Programma assistenziale istituito nel 1965 per i più anziani di 64 anni, o per alcuni anziani di età inferiore con disabilità. Copre 40 milioni di cittadini. *Medicaid*: Programma assistenziale per i poveri istituito nel 1965.

*State children's Health Insurance Program (SCHIP)*: Programma per bambini poveri, i cui genitori sono troppo "ricchi" per godere del Medicaid. Istituito nel 1997. Ogni Stato fissa le sue linee guida assistenziali

## La salute dei bambini costa alle famiglie

Il Centro Studi Internazionali sull'economia e lo sviluppo (CEIS) dell'Università di Tor Vergata ha condotto una indagine sulla spesa sanitaria privata delle famiglie italiane. Le azioni di contenimento della spesa sanitaria pubblica infatti si ripercuotono inevitabilmente su un aumento della spesa privata: così la spesa pro capite per servizi sanitari è passata dal 1997 al 2001 da euro 87 a 116. I dati del CEIS sono dettagliati per il 1997. La famiglia di riferimento aveva una spesa media di 11,4 euro; la presenza di un bambino, a parità di numero di componenti familiari, portava la spesa a 13,7 euro. Gran parte del volume di spesa era dovuto ai farmaci (da 6,8 nella famiglia di base a 9,2 nella famiglia con un bambino in più). L'aumento di spesa sanitaria privata prodotto da un bambino è più rilevante di quello prodotto da un anziano, probabilmente per le maggiori concessioni che il SSN concede agli anziani. La spesa maggiore nelle regioni italiane si ha in quelle del Nord Ovest. (*Sole24oreSanità* 21-27 ottobre 2003).

## Sirchia, le UTAP e i pediatri

"Le Unità territoriali di Assistenza Primaria – dice Pier Luigi Tucci, presidente della Fimp – possono essere utili per cercare di risolvere alcuni aspetti di assistenza soprattutto agli anziani. Ma non sono la risposta ottimale per quanto riguarda il sistema pediatrico. L'assistenza ai più piccoli si svolge all'interno dell'area funzionale pediatrica e in stretta integrazione con i pediatri ospedalieri". D'accordo con Tucci; ci torna in mente l'antica proposta dell'ACP: il Dipartimento Materno Infantile. Fu allora che si perse la battaglia dalla quale molti si assentarono. È troppo tardi?

## In breve

### Gli allergeni degli OGM

Fra i motivi di dubbio sull'utilizzo degli organismi geneticamente modificati in agricoltura *Nature* (2203;424:358) segnala l'osservazione che gli allergeni degli OGM possono non essere riconosciuti dalle metodiche di screening della loro diffusione nell'aria.

### Molti dollari e poca assistenza

Il costo attuale dell'assistenza sanitaria in USA è di \$ 5440 per ogni cittadino americano. Si tratta del 15% del prodotto interno lordo e lascia senza assistenza 43 milioni di cittadini: uno ogni sette. Per confronto la Svizzera, che in Europa è il Paese che spende di più, non supera il 10,9 % e la Germania non arriva al 10,7% (*Lancet* 2004;363:179).

### I probiotici? Non esageriamo!

Una intervista di *Nature* a ricercatori che hanno lavorato attorno al problema dei probiotici e che hanno presentato un progetto alla UE per un finanziamento della ricerca nel campo affermano che gran parte delle ricerche finora condotte attorno a questo problema (6 miliardi di dollari di mercato) non sono sufficientemente rigorose. Essi affermano che oggi sono accettabili solo 7 ricerche: 3 indicano la utilità del loro uso nel migliorare l'andamento della diarrea; 3 indicano utilità nel trattamento delle malattie infiammatorie intestinali e 1 sulla profilassi dell'allergia nei bambini le cui madri e loro stessi sono stati trattati con *Lactobacillus ramosus* (*Nature* 2004;427:284).

# Bambini di strada Capitani della spiaggia

Maurizio Bonati

Laboratorio per la Salute Materno-Infantile, IRFMN, Milano

È iniziata sugli ultimi numeri di *Quaderni* da Manila la campagna "l'ACP con i bambini di strada", ma sono molte e troppe le realtà dove i "randagi" (1) testimoniano quotidianamente quanto misera e iniqua sia l'umanità.

Nell'era dell'economia globale è il circolo vizioso della povertà a perpetuare e ampliare la sopraffazione dei pochi sui tanti, ma è la miseria a determinare la più terribile delle rapine, quella della vita (2). Oltre ai poveri e agli schiavi c'è una nuova popolazione che abita le grandi metropoli del Sud del mondo, una popolazione senza diritti, che vive sottoterra come a Bucarest, o nei cimiteri come a Manila, o nelle discariche come a Nairobi, o sulla spiaggia come a Rio de Janeiro, o sui marciapiedi di tutto il mondo (Nuova Delhi, Tirana, Bogotà, ecc.). Sono i bambini di strada, il cui diritto alla vita non è riconosciuto.

Oltre all'età, la miseria, il disprezzo e la paura che incutono, presentano una caratteristica di esclusività: non hanno alcun legame con la famiglia e non hanno una casa; molti di loro non l'hanno mai avuta (né l'una, né l'altra). Ulteriormente diversi quindi questi bambini da molti altri loro coetanei che vivono l'odissea della vita di strada, magari perché immigrati clandestinamente anche in Italia (3), a confermare che: c'è sempre un sud più a sud del sud immaginato o conosciuto. Si stima che siano 25 milioni i bambini di strada nel mondo; un quarto di quella moltitudine infantile che vive e lavora sulla strada vendendo cibo o cianfrusaglie, lustrando scarpe, lavando vetri ecc. Costretti ad elemosinare, eseguire piccoli furti o prostituirsi per sopravvivere od anche sniffare solventi per combattere la fame.

Tutte costrizioni che aumentano le loro sofferenze fisiche e psicologiche e che ne abbreviano la già esigua aspettativa di vita. Molti sono vittime di abuso o uccisi, deliberatamente e impunemente, anche da poliziotti: uno degli aspetti più trascurati degli interventi, sia nazionali che internazionali, che sono focalizzati principalmente a descrivere i bambini di strada per la loro povertà, la mancata educazione, il consumo di droghe, la prostituzione ecc. I rischi (e le certezze) a cui questi minori sono esposti sono mol-

teplici e di ogni genere, tra questi anche l'AIDS.

L'incidenza dell'infezione da HIV è in costante aumento tra i bambini di strada: si stima che a Città del Messico, la città più popolata del pianeta, oltre il 7% dei 2 milioni di bambini che vivono sulla strada abbia contratto l'AIDS (6).

Da ultimo bisogna anche ricordare che per i bambini di strada, come per chiunque reo di comportamento antisociale, i pregiudizi razziali, etnici e religiosi accentuano l'odio e riducono la tolleranza sociale dei cittadini. È stato documentato in Brasile, in Bulgaria, in Sudan (7), ma... è vero anche da noi.

"... Capitani della spiaggia, ragazzi abbandonati che campavano di furti. Mai nessuno seppe il numero esatto dei ragazzini che facevano parte della banda. Erano certo un centinaio, e di questi più di quaranta dormivano nel vecchio magazzino abbandonato. Vestiti di stracci, sudici, mezzi affamati, aggressivi, pronti alla parolaccia e con le cicche di sigaretta in bocca, erano in verità i padroni della città, quelli che meglio la conoscevano, quelli che l'amavano senza riserve, i suoi poeti." Jorge Amado (8).

## Bibliografia

- (1) Vivono sottoterra, nei canali, vicino ai tubi dell'acqua calda. Per scaldarsi, sognando una casa che non c'è. Li chiamano bambini, anche se alcuni di loro sono alti come cipressi. Sono randagi, ragazzi di strada. Mordiglia P (ed). *Randagi*. Adnkronos Libri, Roma, 2000.
- (2) Bales K (ed). *I nuovi schiavi*. Feltrinelli Editore, Milano, 2000.
- (3) Ottieri MP (ed). *Quando sei nato non puoi nasconderti*. Edizioni Nottetempo, Roma, 2003.
- (4) <http://www.worldbank.org/wbi/education/streetchildren/>
- (5) <http://www.enscw.org/>
- (6) <http://www.mexico-child-link.org/street-children.htm>
- (7) <http://www.hrw.org/children/street.htm>
- (8) Amado J (ed). *Capitani della spiaggia*. Garzanti Editore (collana *Gli Elefanti*), Milano, 2001.



## Glossario

**Bambini di strada** (*street living children; children of the streets; homeless street children*)

Sono bambini o adolescenti che vivono e dormono in strada; vittime di condizioni di vita estreme, quali l'abbandono, lo sfruttamento e l'abuso sessuale.

**Bambini lavoratori di strada** (*market children; street working children; children on the streets*)

Sono bambini che lavorano in strada e contribuiscono al mantenimento della famiglia con cui tengono legami (p.es., rincasano per dormire).

**Bambini di famiglie di strada** (*children from street families*)

Sono bambini che vivono sulla strada con le rispettive famiglie.

**Bambini a rischio** (*children at risk*)

Questa definizione comprende tutti quei minori le cui condizioni di vita sociali, economiche, psicorelazionali, ecc. minacciano o modificano in modo sostanziale il complesso percorso dell'età evolutiva.

Sia nell'ambito dei vari rapporti internazionali stilati dalle grandi Agenzie (p.es., Unicef, World Bank, UE) (4,5) che nella letteratura scientifica, spesso, una delle difficoltà di valutazione è quella di comprendere a quali "bambini di strada" si faccia riferimento. ♦

# le lettere

## Questa è la mia ACP

Nella pagina di introduzione agli "Ausili didattici" è scritto che *la ACP si pone di fronte ai problemi della società, della cultura, della ricerca e della professione in assoluta libertà di critica di fronte a uomini e istituzioni.*

A qualcuno potrà sembrare un esercizio di retorica; io invece conservo un vivido ricordo del mio primo e del tutto casuale contatto col mondo della Acp: una quindicina di anni fa, pediatra ancora giovane ma consapevole delle lacune di una preparazione universitaria molto lontana dai problemi della pediatria di base, cercavo di "spigolare" nei vari congressi alla ricerca di qualche chicco di sapere lasciato cadere dagli illustri relatori in mezzo a un mare di dati più o meno confondenti. Mi trovai a frequentare uno dei "mitici" incontri di Copanello, con il grande Pasquale Alcaro: una rivelazione. Scoprii un mondo in cui non c'erano verità calate dall'alto, dove il più illustre professore discuteva e si confrontava col pediatra di primo livello, dove ogni posizione era analizzata per verificarne la correttezza, la scientificità, la ragionevolezza, nella costante ricerca del percorso più pratico e più vantaggioso per il paziente. Nessuna autoreferenzialità, tutto doveva reggere alla critica e all'analisi più imparziale. Inaudito: era spesso proprio il relatore illustre che attaccava e spesso demoliva le certezze dei luoghi comuni e delle prassi consolidate che spesso però erano fondate sul "nulla". Finalmente avevo trovato la sponda di una cultura collaborativa (tutti erano disponibili e disposti a darsi retta), non reticente (nessuno nascondeva gelosamente segreti o trucchi del mestiere), trasversale (l'universitario, l'ospedaliero, il pediatra di base e quello di comunità interagivano col solo obiettivo di collaborare nella ricerca della migliore soluzione possibile per il paziente). Non lo sapevo che quella era l'ACP, nessuno me lo aveva detto, tutti partecipavano perché c'era la curiosità di scoprire, verificare, indagare e analizzare, ciascuno facendo tesoro del proprio ruolo professionale che permetteva di avere diversi punti di osservazione per ogni problema e quindi spesso una sua visione più approfondita; venni a saperlo solo alcuni anni dopo che QUELLA ERA L'ACP e quindi mi associai. Ma che non fossi associato non sembrava importare a nessuno; era importante solo partecipare con schiettezza e buone intenzioni. Per me è rimasto sempre così. ACP è un modo di porsi di fronte al problema: con

curiosità, libertà, senza condizionamenti, cercando la soluzione più opportuna per il più appropriato e idoneo uso possibile delle risorse per il bene degli assistiti. Per questo fa male leggere nel primo numero del 2004 di Quaderni due pagine di commenti risentiti da parte di alcuni colleghi e qualche proposito di abbandono dell'associazione a fronte delle critiche rivolte al calendario vaccinale proposto dalla FIMP. Anch'io sono iscritto alla FIMP; avrei un sacco di critiche da portare al calendario, ma voglio portare la discussione solo su due aspetti di tipo metodologico. Con serenità.

*Perché non si riesce ad entrare nel merito della questione?*

Uno dei colleghi intervenuti su Quaderni dice chiaramente di non volerlo fare; anche gli altri non lo fanno; io ho cercato almeno tre volte di coinvolgere i vertici Fimp in una discussione di merito: non sono mai riuscito. La lettera di Grandori- D'Andrea poneva perplessità sul merito delle scelte prospettate e sulle modalità con cui queste scelte sono state avanzate (scavalgando quegli organi centrali che erano gli unici a poter garantire per esempio la uniforme applicazione su tutto il territorio nazionale); non si è data risposta. Sono naturalmente convinto della sincerità del collega che dice di aderire al calendario per libera scelta. Ci mancherebbe! Anch'io però sono sicuro di poter dire le stesse cose per la mia non adesione al calendario. Mi chiedo se le politiche vaccinali debbano dipendere dalle personali convinzioni del singolo pediatra. Non sono così sicuro di quanto sostiene un altro interlocutore che il pediatra di famiglia (pdf) ha una chiara visione della diversità della logica della Sanità Pubblica rispetto a quella della protezione individuale, ma con questo si passa al secondo punto che volevo sottolineare.

*È stata bene valutata la conseguenza della proposta alle regioni?*

A me pare che si faccia una pregevole operazione culturale se si stimola il dibattito e il confronto di posizioni su un argomento così importante. Il discorso cambia nel momento in cui si passa alla "formalizzazione" (cosa diversa dalla stimolazione di un dibattito) di un calendario diverso da quello ufficiale e alla sua proposta e sollecitazione non solo dei pediatri ma delle ASL e Regioni. Era facile prevedere che la spinta culturale si esaurisse rapidamente e rimanesse quella di sollecitazione. Espongo un risultato: la mia Regione (la Puglia) ha deliberato per un calendario con

la offerta *gratuita e universale* di vaccinazione antipneumococcica con tre dosi dalla nascita, di quella *gratuita e universale* con una sola dose di antimeningococco a 13 mesi, di quella antivaricella agli adolescenti anamnesticamente negativi con una sola dose e con la possibilità nel futuro di renderla universale, *destinando gli uffici sanitari alla esecuzione delle vaccinazioni e non programmando alcuna formazione al riguardo.* A me non pare un bel risultato che il bambino pugliese sia diversamente trattato dal vicino lucano o campano. Magari alla fine mi si dimostrerà che è un beneficio enorme per il bambino pugliese; ma a costo di sembrare un utopista a me sembra un arretramento culturale.

Mi chiedo: questo è il modo di perseguire obiettivi di protezione individuale attraverso l'uso dei mezzi e della logica della Sanità Pubblica? (Ai due estremi opposti: dove è finita la protezione individuale contro il meningococco per il bambino sotto l'anno? È protezione individuale proporre a tutti l'antipneumococco?). Non entro nella discussione di questo calendario che va anche oltre le proposte fatte dalla FIMP e mi limito ad osservare che la regione è stata coerente: le è stato proposto come prioritario un calendario vaccinale ed ha applicato un calendario vaccinale, mettendo a disposizione *per tutti, tutti* i vaccini disponibili, tutti sullo stesso piano (dov'è il semaforo delle priorità di questa regione?). E a noi pdf? A noi il compito di convincere la mamma sorpresa e spaventata da tutte queste "punture", che prima di pensare alla possibilità di una "temibile" meningite meningococcica è più utile pensare alla copertura per il "banale" morbillo (a proposito, siamo "finalmente" al 70-75% di copertura e per lo sforzo finale abbiamo dovuto fare ricorso al tanto vituperato baraccone dell'ISS e della sua campagna nazionale, peraltro al momento attuale ancora non operativa). A noi pdf qualcuno si è preoccupato di dare motivazioni di questa scelta? Di dare una seria e indipendente informazione sul perché di questo impegno verso gli assistiti? Ed agli igienisti? Si può chiamare protezione individuale un intervento cosiffatto? Qualcuno ha spiegato quali sono gli obiettivi di copertura della campagna? Quanta patologia si pensa di eliminare? Quali sono i sistemi di monitoraggio? Quali contraccolpi il sistema delle vaccinazioni potrà subire se dopo la campagna si segnaleranno ancora casi di meningite (e come potrebbe essere diverso)? Qualcuno ha valutato i costi e il costo/beneficio? Io sono all'oscuro di tutto

# dei Quaderni acp

ciò, ho solo domande e dubbi. Mi piacerebbe molto se i colleghi scegliessero, anche su questo, il confronto invece della dissociazione. Serenamente.

Rosario Cavallo

Non ci sembrano necessari commenti.

## Finanziamenti occulti?

Ho letto con interesse (e con un ritardo di cui non mi vorrete) il tuo articolo "Who pays for the pizza?". Tu sai che per la mia passata attività seguivo con interesse questo argomento. La cosa che più mi ha meravigliato sono i contributi dell'industria alle società scientifiche. Sarei curioso di sapere in che ruolo e per quali compiti alle società vengono attribuiti questi fondi, ma ho letto anch'io la serie di articoli del *British* e non vengono date spiegazioni, mentre non ho dubbi, conoscendo il fisco americano, della fedeltà di queste dichiarazioni. C'è però un altro ambito del settore finanziamenti che merita di essere visitato. È quello dei compensi per inserzioni pubblicitarie, argomento che hai trattato, ma del quale ti è sfuggito un particolare. Voi avete certo un listino delle pagine pubblicitarie della rivista, sulle quali magari farete sconti, ma che spero non siate abituati ad aumentare. Perché aumentarli? Perché non sarebbe difficile, in Europa, fare passare finanziamenti surrettizi alle società attraverso inserzioni contrattate in maniera particolarmente "esosa". Questo vale per le inserzioni a stampa, ma vale anche per i banner dei siti web. Per questo nelle dichiarazioni degli introiti da riviste e da siti web o da mailing list andrebbero indicate le ditte contrattanti e le pagine contrattate per dimostrare, anche a naso, la congruità del rapporto fra i servizi offerti e l'entità degli introiti. Non sono affatto certo infatti che sotto questa fattispecie non passino finanziamenti se non illegali quanto meno interessati.

Efrem Marri

PS. Rallegramenti. Vedo che sul prezzo dei lattini, dai e ridai, siete riusciti a creare un bel "casotto".

Questa rivista è particolarmente e minuziosamente (qualcuno dice eccessivamente, qualche altro maniacalmente) attenta, come molte sue consorelle europee e americane (e -ahimè- nessuna consorella italiana), ai problemi del conflitto di interesse.

L'editoriale che il dott. Marri riprende era dedicato a questo e riprendeva una serie di articoli del *BMJ*; contemporaneamente è uscito un commentary di *JAMA* (2003; 290:252) sullo stesso tema. Per ricordare

solo quelli dell'estate scorsa. Le osservazioni di Marri sono puntuali. Certo, se per una pagina di pubblicità la ditta X ci pagasse i 2000 euro di cui recita la nostra tariffa e la ditta Y ne pagasse 20.000, questo dovrebbe essere noto. Nulla di illecito, ma tutto dichiarato, com'è negli schemi attivativi dei conflitti di interesse.

Ringraziamo Marri: nel prossimo bilancio della rivista, che presenteremo al nostro editore (l'ACP) e che sarà reso pubblico, dichiareremo anche la provenienza, l'entità e il corrispettivo in pagine di inserzioni degli introiti pubblicitari.

Quando al "casotto" sui lattini artificiali il nostro articolo sui prezzi europei pubblicato sul numero 5 del 2003 è stato citato da molti e con grande attenzione. Per qualche giorno siamo stati vicini al premio Pulitzer! L'unico a non accorgersene è stato il ministro Sirchia che non ha convocato nella audizione che ha fatto sul problema la sola fra le associazioni pediatriche che si è occupata del problema. Abbiamo avuto, dal ministero, risposte imbarazzate sui motivi dell'assenza.

## Sbagliano i conti?

Su *Gaslini* di agosto 2003 un articolo di Fiore e Ferrando (pag. 62; glielo invio nel dubbio che lei non riceva la rivista) ritorna sul numero dei pediatri necessari nei prossimi anni e cita il suo articolo pubblicato a pag. 585 del n. 9/2002 di *Medico e Bambino*. C'è un punto che francamente non riesco a comprendere: facendosi guidare da un articolo di Del Torso, si tenta di istituire un confronto fra Italia ed Europa sulla base del numero di pediatri ogni 1000 bambini. Si dice che in Italia ci sono 14.000 pediatri per 8.000.000 di bambini e in Germania 6700 pediatri per 12.000.000 di bambini e in Spagna 5000 per 6.200.000 bambini. Si conclude che i pediatri italiani bastano. Il concetto che il numero dei pediatri va collegato al tipo di assistenza fornita dai vari servizi sanitari mi sembra così banale che ho letto e riletto l'articolo nel timore di non averlo compreso. Se il sistema sanitario italiano "chiede" un pediatra per le cure primarie ogni 800 bambini, non capisco come si possa elucubrare su valori di sistemi sanitari (si veda quello inglese) che richiedono un numero di pediatri molto minore perché affidano ai *general practitioner* l'assistenza ai bambini.

A me sembra che i casi siano due:

1. è troppo basso il numero di 800 assistiti per pediatra e i pediatri di famiglia possono occuparsi di un numero maggiore ed è

quello che gran parte dei pediatri di famiglia dichiara apertamente (o di fatto, come Del Torso, quando afferma che i pediatri sono sufficienti e forse troppi)

2. è troppo basso il numero dei pediatri. Mi pare che si possa dire *tertium non datur*. O c'è qualcosa che non ho capito?

Marco Bellettini

PS. C'è ancora una cosa che non ho capito: da dove trae l'articolo il numero di 500 pediatri di comunità.

Ho letto con interesse l'articolo che mi ha mandato e non posso che concordare con lei. Anche a me l'articolo è sembrato poco lineare, nello svolgimento del tema che si era prefisso, e del tutto decontestualizzato. Abbastanza interessante la frase finale, rimasta senza risposta, che si chiede se di fronte a bisogni che sembrano non del tutto sanitari siano veramente necessari più pediatri. Giorgio Tamburlini (*M&B* novembre 2003, pg. 573) accenna alla possibilità che per dare ai bisogni delle famiglie una risposta corrispondente ai tempi e ai problemi occorrerebbe una formazione e collocazione professionale diversa da quella dell'attuale pediatra di famiglia.

## "Department of errors"

Vi faccio notare, ma forse lo sapevate già, che vi è un errore nel dosaggio del Fentanil nell'articolo "Sapere controllare il dolore del bambino" (Quaderni acp 2004; 1: 38-41). Il dosaggio di Fentanil indicato è di 1-2 mg/kg e.v. Quello corretto è di 1-2 gamma/kg e.v.

Francesco Morandi

Caro direttore, il dottor Morandi ha perfettamente ragione. Si è trattato di un evidente nostro errore di trascrizione. Il dosaggio corretto è effettivamente di 1-2 gamma/kg e.v. Ci scusiamo con i lettori e ringraziamo il dottor Morandi.

Fabio Pivi

Ringraziamo anche noi Francesco Morandi che è evidentemente un lettore molto attento. A noi fa molto piacere avere lettori attenti. Anzi vorremmo avere tanti lettori e tutti attenti. Ancora grazie.

## Errata corrige

Ci viene segnalato che contrariamente a quanto affermato a pag. 53 del n. 2 del 2004, l'unica regione italiana che offre il vaccino antivaricella a due coorti (secondo anno di vita e adolescenti), al momento della stampa di questo numero, è la Sicilia.

## NUOVA INIZIATIVA PER I SOCI ACP

Il Centro per la Salute del Bambino curerà, per i soci dell'ACP, a partire da Aprile 2004, un servizio di sorveglianza della letteratura.

Si tratta di un servizio di aggiornamento bibliografico che fornirà periodicamente (ogni due mesi) schede di articoli rilevanti per il pediatra. La selezione degli articoli avverrà grazie ad una sorveglianza della letteratura che comprenderà in una prima fase nove riviste. Le riviste sono:

- *Lancet; BMJ; JAMA; NEJM.*
- *Archives of Diseases in Childhood; Paediatrics; Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine; Paediatrics Infectious; Disease Journal.*

Il servizio prevede inoltre l'identificazione e la segnalazione di revisioni sistematiche Cochrane (*Cochrane Database of Systematic Review/CDSR*) di interesse per il pediatra a partire dall'elenco delle revisioni nuove e di quelle aggiornate che viene fornito dalla Cochrane ogni 3 mesi.

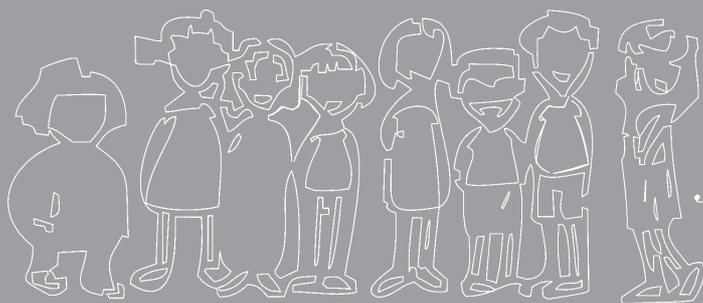
Verrà quindi prodotta una newsletter dal titolo:

### **LA SORVEGLIANZA DELLA LETTERATURA PER IL PEDIATRA** **Bollettino bimestrale**

In questa, per ogni articolo selezionato, sarà presente una breve scheda con titolo, rilevanza dell'articolo, commento, espressione della discussione tra il gruppo dei redattori, abstract in inglese. In occasione dell'uscita dell'aggiornamento del CDSR (quindi quattro volte all'anno) sarà presentato l'elenco completo delle revisioni di possibile interesse per il pediatra, con link al relativo abstract (in inglese). Verranno inoltre selezionate, in base alla loro rilevanza, una o più revisioni che saranno oggetto di un breve approfondimento.

La newsletter verrà inviata ogni due mesi per posta elettronica ai responsabili dei gruppi e ai soci singoli che ne facciano richiesta con una e-mail al Centro per la Salute del Bambino ([csb.trieste@iol.it](mailto:csb.trieste@iol.it)).

**La prima newsletter è stata spedita nell'ultima settimana di aprile. Chi non l'ha ricevuta lo comunichi all'ufficio soci ([notes@tiscali.it](mailto:notes@tiscali.it)).**



*ricerca*  
*attività editoriale*  
*formazione*  
*politica sanitaria*  
*aggiornamento*

*Quaderni acp* è il bimestrale dell'Associazione Culturale Pediatri; è inviato a tutti i 3000 soci dell'Associazione. Della rivista sono stampate 5500 copie; 2500 copie di ogni numero sono quindi inviate a pediatri non iscritti all'ACP.

Gli indirizzi di questi pediatri vengono turnati ogni sei mesi sicché, in un anno, riceveranno almeno tre copie della rivista quasi 8000 pediatri.

## **Cos'è l'ACP**

L'ACP è una libera associazione, costituita a Milano il 5 settembre 1974, che raccoglie 3000 pediatri organizzati in gruppi locali. La composizione percentuale dei soci dell'ACP ripete quella dei pediatri ospedalieri, universitari e di comunità.

La sua attività è rigorosamente no profit; la partecipazione dei pediatri, soci e non soci, alle sue iniziative è subordinata alla sola copertura delle spese. L'ACP ha adottato un proprio codice di autoregolamentazione per i rapporti con l'industria.

L'ACP svolge attività editoriale, di formazione, di ricerca e di supporto ai piani sanitari nazionali e regionali. Il suo modo di porsi come Associazione di fronte ai problemi della società, della cultura, della ricerca e della professione è quello di un'assoluta libertà di critica di fronte a uomini e istituzioni.

Ha lanciato nel 1999 il progetto Nati per Leggere, insieme al Centro per la Salute del Bambino e all'Associazione Italiana delle Biblioteche, cui aderiscono attualmente 800 pediatri.

## **Attività editoriale**

Nel 1974 ha fondato la "Rivista italiana di pediatria" che ha successivamente ceduto, simbolicamente per una lira, alla Società Italiana di Pediatria che tuttora la pubblica. Ha poi pubblicato "Novità in pediatria" e la rivista "Crescita" uscite per tre anni.

Dal 1990 ha pubblicato il "Bollettino ACP" e dal 1993 "Ausili didattici per il pediatra".

Le due riviste si sono fuse nel 1994 in "Quaderni acp". La rivista si compone di due sezioni. La prima pubblica contributi su problemi collegati all'attività professionale dei pediatri, degli psicologi dell'età evolutiva e dei neuropsichiatri infantili. La seconda pubblica materiali che possono essere utilizzati dal pediatra (di base, libero-professionista, ospedaliero) nella sua attività. Si tratta di linee guida, casi clinici significativi, esercitazioni pratiche, EBM applicata alla clinica, narrative medicine, materiali di aiuto alle famiglie nella gestione delle malattie e che quindi possono essere riprodotti e ceduti alle famiglie.

## **Formazione e aggiornamento**

La "mission" principale dell'ACP riguarda la formazione e l'aggiornamento dei pediatri sia riguardo alla preparazione medico-biologica (sapere, saper fare) che a quella personale (saper essere), e manageriale per quanto riguarda la gestione sia delle risorse economiche che di quelle umane.

## **Ricerca**

È attivo in ACP un gruppo di soci che svolge attività di ricerca in vari ambiti. È attivo al suo interno un gruppo che si occupa dell'applicabilità della EBM alla pratica clinica.

## **La pagina Web dell'ACP**

L'attenzione dell'ACP ai mezzi telematici è cominciata con la pubblicazione di *Quaderni acp* che è redatto completamente con mezzi telematici ed è presente sul sito [www.acp.it](http://www.acp.it). La pagina Web è utilizzata anche per i rapporti fra i soci e i gruppi. Attraverso il Web è anche possibile interagire con gli autori degli articoli per chiarimenti, scambi di opinioni ecc.

# Certezze e dubbi in medicina neonatale

Marcello Orzalesi

Dipartimento di Neonatologia Medica e Chirurgica, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù - IRCCS, Roma

## Abstract

### *Doubts and certainties in neonatal medicine*

*A very good reason for a discussion about the efficacy of interventions in neonatal medicine derives from the frequency of collateral damages. Frequently a newborn presents serious pathologies which often require complicated and serious therapies. It is often difficult to distinguish the effects due to the therapy and the ones due to the affection. Collateral damages could happen (a typical example is the retinopathy of prematurity) and from them we have nevertheless much learned about neonatal physiopathology. In order to completely understand newborn's problems, in relation to the presence of such confounding variables, it is necessary to strongly increase the sample's numbers to achieve acceptable levels of security in the evaluation of the efficacy of interventions. It is often necessary to make a distinction between the efficacy of a treatment on symptoms and the efficacy on newborns survival: a typical case is the treatment of anemia with erythropoietin. Once a prove of efficacy has been established the problem shifts to the adaptability of such accepted practice. This doesn't often happen: a typical example is the persistence of extensive fetal monitoring when there are proves regarding the non efficacy on newborn's destiny. Neonatology still remains a subject "at risk" because at the moment our knowledge is still incomplete and needs amelioration, especially in regard to the newborn's outcomes. Pressure towards the utilization of new technologies, preferably expensive, are always stronger and this makes complicated the use of just the efficacious ones.*

*Quaderni acp 2004; 11(3): 122-127*

**Key words** Neonatal medicine. Very low birthweight. Effectiveness of neonatal treatment. Iatrogenic damage

La frequenza dei danni iatrogeni in neonatologia è un buon motivo per discutere l'efficacia degli interventi in medicina neonatale. Il neonato presenta frequentemente patologie severe che richiedono interventi spesso invasivi. Spesso vi è difficoltà a distinguere gli effetti degli interventi da quelli della affezione trattata. Possono quindi accadere danni iatrogeni (tipica la retinopatia da ossigeno) che però ci hanno insegnato molte cose sulla fisiopatologia neonatale. A causa di queste variabili confondenti, per comprendere a fondo i problemi del neonato, c'è necessità di aumentare fortemente la numerosità del campione per raggiungere livelli accettabili di sicurezza circa l'efficacia degli interventi. Spesso è necessario distinguere fra l'efficacia di un trattamento sui sintomi e l'efficacia sulla sopravvivenza dei neonati: tipico di questo caso è il trattamento dell'anemia del neonato con eritropoietina. Non tutto è finito una volta raggiunta la prova di efficacia. Inizia allora il problema di adattarvi la prassi. Ciò non sempre accade: tipico il persistere del monitoraggio fetale estensivo nonostante le raggiunte prove di non efficacia sul destino del neonato. La neonatologia è ancora una disciplina "a rischio", perché le nostre conoscenze sono tuttora incomplete e devono migliorare, soprattutto per quanto riguarda gli esiti a distanza. Le pressioni del mercato verso l'utilizzazione di nuove tecnologie, preferibilmente costose, sono sempre più forti e questo complica l'utilizzo delle sole efficaci.

**Parole chiave** Neonatologia. Neonato di peso molto basso. Efficacia degli interventi. Danno iatrogeno in neonatologia

*Relazione al XIII Congresso ACP (Roma) pubblicata su Janus 2002 n. 8.*

Vi sono diverse ragioni per cui vale la pena parlare della valutazione dell'efficacia degli interventi in Neonatologia (1,2) (tabella 1). La prima è la frequenza veramente preoccupante con cui in Neonatologia si sono verificati e si verificano tutt'ora danni iatrogeni, talvolta gravi, legati anche al fatto che il neonato presenta in genere patologie multiple e severe, che richiedono interventi diversificati e spesso invasivi; la seconda è la difficoltà di discriminare tra gli effetti degli interventi assistenziali e le modificazioni indotte da altri eventi ("variabili confondenti") o addirittura da cambiamenti nelle caratteristiche cliniche dei neonati che giungono alla nostra osservazione (il cosiddetto "case mix").

Vi è quindi la difficoltà di individuare indicatori attendibili di efficacia in una popolazione molto eterogenea e la necessità di raccogliere casistiche numerose prima di trarre conclusioni attendibili. Inoltre alcuni "benefici" o "malefici" delle procedure o delle strategie assistenziali impiegate in epoca neonatale si manifestano solo molto tempo dopo, in età scolare o adolescenziale, per cui non è sempre possibile valutare l'efficacia o la pericolosità di quanto messo in atto molto tempo prima.

Un altro aspetto da considerare è la forte pressione da parte del mercato, dell'industria, che spinge talvolta il neonatologo verso comportamenti che hanno più le caratteristiche di mode, oppure che rispondono alla ricerca di uno status symbol, piuttosto che essere collegati a reali evidenze di efficacia.

Questi primi quattro aspetti sono comuni a tutte le Neonatologie del mondo; ve ne sono però altri due che sono un po' più peculiari del nostro Paese, cioè la singolare refrattarietà dei medici, ma anche dei politici, degli amministratori, a

Per corrispondenza:  
Marcello Orzalesi  
e-mail: orzalesi@opbg.net

# aggiornamento avanzato

implementare interventi relativamente semplici e sicuramente efficaci. Troppo spesso ancora oggi si opera in modo irrazionale ed emotivo, senza il supporto di sicure evidenze di efficacia o, peggio ancora, ignorando le evidenze scientifiche disponibili. Vi è inoltre una scarsa propensione alla valutazione degli interventi assistenziali, per raccogliere e vagliare le evidenze di efficacia ed efficienza, e quindi la persistenza di comportamenti irrazionali, o inefficaci o, peggio ancora, pericolosi. Cercherò di affrontare brevemente questi punti, premettendo però alcune considerazioni che riguardano il contesto in cui ci muoviamo, cioè alcuni aspetti della Neonatologia, che in parte giustificano le anomalie a cui si è appena fatto cenno.

### Il contesto

Il neonatologo ha a che fare con un organismo che, oltre ad essere vulnerabile per le scarse capacità omeostatiche legate alla sua immaturità anatomica e funzionale, cambia sotto i suoi occhi nello spazio di minuti, ore o giorni; basti pensare ai fenomeni di adattamento alla vita extrauterina e in particolare a quelli che riguardano l'apparato cardiorespiratorio. Deve quindi rivolgersi a una popolazione che è eterogenea nel tempo e lo è anche nella struttura, perché nella categoria "neonato" sono compresi bambini che vanno da 24 a 42 settimane di gestazione e da 450 a 4500 g di peso, con differenze interindividuali molto marcate. Si tratta inoltre di pazienti che, spesso, presentano patologie plurime e che subiscono interventi multipli, per cui le possibilità di un danno iatrogeno si ampliano notevolmente; inoltre, come già sottolineato, talvolta si tratta di danni che non vediamo durante la degenza ma che si manifestano poi con esiti a distanza molto tempo dopo.

Infine, la gravità di molte patologie neonatali e la conseguente elevata mortalità hanno spinto i neonatologi a preoccuparsi soprattutto di non far morire questi bambini; l'ansia di morte, sempre molto forte, ha incoraggiato l'utilizzo, talvolta in maniera affrettata, di interventi apparentemente idonei ed efficaci senza prima vagliarli in modo critico.

**TABELLA 1: MOTIVI PER UNA VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI**

- Preoccupante frequenza, anche nel recente passato, di errori terapeutici, causa di veri e propri "disastri iatrogeni" in Neonatologia (*Rapporto benefici/costi*)
- Confusione tra l'effetto degli interventi "medici specifici" e quello dei cambiamenti di "struttura della popolazione" sulla riduzione della mortalità neonatale (*Presenza di variabili confondenti*)
- Difficoltà nell'individuare indicatori attendibili ("hard") di efficacia di nuove strategie terapeutiche in una popolazione molto eterogenea e poco conosciuta (*Necessità di grandi numeri*), o nella quale gli eventuali effetti negativi si manifestano molto dopo, in età successive (*Necessità di follow-up prolungato*)
- Pressioni dell'industria, della società dei consumi e di altre forze per la diffusione di nuove procedure terapeutiche (molecole, tecnologie, routines, comportamenti ecc.) (*Mode e status symbol*)
- Singolare "refrattarietà" nel nostro Paese ad accettare e implementare modalità assistenziali relativamente semplici e di sicura efficacia (*Divario tra conoscenze e prassi*)
- Scarsa applicazione di protocolli e/o procedure per la valutazione degli interventi assistenziali in medicina perinatale (efficacia, efficienza, benefici/costi) (*Comportamenti irrazionali e pericolosi*)

**TABELLA 2: "NUOVE" TERAPIE E PRATICA CLINICA (W. SILVERMAN, 1980)**

#### Terapie tuttora utilizzate perché efficaci (n° 7)

Profilassi oftalmia neonatorum - Profilassi anti-D - Exsanguino-trasfusione e Fototerapia per ittero - Glucosio e Bicarbonato e. v. nell'asfissia - Assistenza ventilatoria (CPAP-IPPV) nella RDS - Vitamina K alla nascita

#### Terapie non più utilizzate perché inefficaci o pericolose (n° 10)

Testosterone e/o ormone tiroideo per stimolare la crescita del pretermine - Svuotamento gastrico per prevenire la RDS - *Alevaire* nella RDS - Trazione sternale nella RDS - Letto oscillante nella RDS - Nebulizzazione nella RDS - Acetilcolina nella RDS - Gastrostomia nel pretermine - Acqua ghiacciata nella rianimazione dall'asfissia

#### Terapie che hanno prodotto danni gravi o veri "disastri" (n° 10)

Dietilstilbestrolo e/o progestinici per la prevenzione del parto pretermine - O<sub>2</sub> nel respiro periodico e/o nelle apnee del pretermine - Digiuno totale iniziale nel pretermine - Profilassi della MEN con vitamina K sintetica - Profilassi delle infezioni con sulfisoxazolo e/o cloramfenicolo - Ambiente freddo del pretermine - Clisteri di sali di magnesio nella RDS - Bagnetto routinario con exaclorofene nel pretermine

### Il danno iatrogeno

Di fronte a un contesto di questo tipo non dobbiamo meravigliarci troppo della frequenza e della gravità di danni iatrogeni in Neonatologia (3). In effetti, con un occhio un po' pessimista, si potrebbe riscrivere la storia della Neonatologia in termini di danno iatrogeno. Basti ricordare alcuni esempi che possono essere considerati dei veri e propri disastri iatrogeni: retinopatia da eccesso di ossigeno, aumento dei tassi di mortalità neonatale con l'uso del cloramfenicolo, o anche lesioni più rare, ma altrettanto gravi,

come la focomelia da talidomide o l'adenocarcinoma vaginale nelle bambine adolescenti nate da madri che erano state trattate con dietilstilbestrolo in gravidanza per la prevenzione di un parto pretermine o di un'abortività persistente, o, infine, di osservazione più recente e legati alla sopravvivenza di neonati con età gestazionale e peso alla nascita sempre più bassi, come la displasia broncopulmonare o il danno cerebrale più o meno grave. Chi pensa che questi eventi siano eccezionali sbaglia. Circa venti anni fa Silverman (4), che viene conside-

rato il padre degli studi clinici controllati in Neonatologia, ha stilato un elenco di terapie che erano state proposte e utilizzate per le cure al neonato nell'arco dei 30 anni precedenti (tabella 2).

L'elenco riportato si arresta a circa a vent'anni fa e indica chiaramente come, fra tutte le terapie messe in atto fino a quell'epoca, quelle che sono tuttora utilizzate, perché efficaci e non pericolose, siano veramente poche (sono 7) rispetto a quelle che non sono più in uso, perché inefficaci (sono 10) o addirittura perché hanno provocato gravi effetti collaterali (sono 10).

e cioè quali siano stati veramente gli interventi "efficaci", ovvero quanto di ciò che è accaduto in questi ultimi anni sia dovuto a "specifici" interventi medici innovativi e quanto invece sia stato un fenomeno del tutto indipendente da questi, legato a un cambiamento della "struttura" della popolazione dei neonati assistiti.

A partire dal 1973 (dati ISTAT) vi è stata una accelerazione significativa nel calo della mortalità neonatale, tanto che la velocità di decremento è aumentata di più di tre volte rispetto a quella del decennio precedente: da 0.2 punti/anno a

Terapia Intensiva Neonatale abbia ridotto drasticamente i tassi di mortalità in questa categoria di neonati. Questa è ovviamente una delle ragioni del calo globale della mortalità neonatale e di quella infantile nel nostro Paese: ma non è la sola.

Gli stessi dati, cioè i tassi di mortalità prima e dopo il 1973, possono essere analizzati in un'ottica diversa, studiando cioè la "struttura" della popolazione dei nati italiani prima e dopo quel periodo e valutando in modo ponderato quanto di questa accelerazione del calo di mortalità sia dovuta semplicemente a cambiamenti del case mix ("struttura" della popolazione assistita) e quanto sia presumibilmente da attribuire a un reale miglioramento dell'assistenza ("rischio di morte") (5). Questo tipo di analisi, effettuata anni fa dalla Pinnelli, indica che, per quanto riguarda il miglioramento della mortalità neonatale precoce, le variazioni di struttura sono state più importanti, come contributo specifico, rispetto agli interventi medici in senso stretto (62% vs 38%). Le variazioni di struttura (case mix materno-fetale) che più hanno contribuito al calo dei tassi di mortalità sono state: la minore frequenza di nascite pretermine (prima dei 9 mesi di gestazione), la migliore educazione materna (più alta scolarità) e la minore fertilità (contrazione delle nascite) soprattutto dopo il terzo figlio; tutti eventi non riconducibili ad interventi assistenziali specifici.

Quanto appena accennato fa riflettere anche sul fatto che, quando si studiano gli effetti di un trattamento, soprattutto se si utilizzano studi storici non controllati, che paragonino il "prima" col "dopo", occorre fare molta attenzione alle cosiddette "variabili confondenti", cioè a tutti quei cambiamenti che sfuggono al nostro controllo diretto e che niente hanno a che fare col trattamento in causa e che possono quindi invalidare le nostre ipotesi di efficacia.

#### La raccolta delle evidenze scientifiche

Dovendo tenere conto di queste variabili confondenti, si è spesso obbligati a utilizzare grandi numeri, cioè grandi gruppi di soggetti, per dimostrare l'eventuale effetto benefico di una nuova terapia. La



Ciò che è singolare è che, nonostante tutti questi disastri poi, di fatto, vi sia stato un rapido e notevole miglioramento nelle cure neonatali. Paradossalmente questi episodi ci hanno insegnato molto sulla fisiopatologia del neonato; ciò ci ha permesso di progredire dal punto di vista scientifico e assistenziale, non tanto e non solo rimuovendo il farmaco o la terapia iatrogena, quanto appunto trovando qualche cosa di più efficace, sulla base delle nuove conoscenze scientifiche acquisite attraverso queste esperienze negative.

#### La mortalità neonatale in Italia

Il progresso nell'assistenza ha comportato naturalmente un miglioramento della sopravvivenza. E qui veniamo a un altro punto tra quelli elencati all'inizio

0.7 punti/anno. All'inizio degli anni '70 sono state introdotte e si sono diffuse in Italia le Terapie Intensive Neonatali (TIN). Sarebbe quindi molto suggestivo dedurre che le TIN hanno modificato in modo consistente i tassi di mortalità neonatale nel nostro Paese. Ciò è sicuramente vero, ma solo in parte. Nell'ambito della mortalità neonatale (che oggi corrisponde praticamente a più dell'80% della mortalità infantile), 2/3 di tutti i decessi si verificano in neonati pretermine o di basso peso (< 2500 g) e quasi la metà in soggetti molto pretermine, con un peso alla nascita < 1500 g (VLBW). Questi ultimi, pur essendo meno dell'1% di tutti i nati vivi, contribuiscono quindi a circa la metà di tutti i decessi in epoca neonatale e infantile, e non vi è dubbio che l'assistenza praticata nei reparti di

necessità dei grandi numeri è legata anche al fatto che alcuni degli indicatori (outcomes), cioè delle evidenze di efficacia, che noi utilizziamo sono diventati abbastanza rari nella popolazione e la numerosità del campione dipende dalla frequenza dell'evento.

Se la frequenza di un evento sfavorevole, ad esempio il tasso di mortalità, è del 5% e se si interviene con un trattamento nuovo ed efficace, così efficace da diminuire del 50% tale tasso di mortalità (portandolo dal 5 al 2.5%), per poter dimostrare in modo statisticamente significativo ( $p < 0.05$ ) questo effetto benefico sono necessari circa 1800 neonati. D'altro canto, in un gruppo di neonati con una mortalità del 20%, supponendo anche in questo caso di introdurre una terapia così efficace da dimezzare tale tasso di mortalità, sono comunque necessari 400 neonati per dimostrarne l'effetto favorevole in modo statisticamente significativo ( $p < 0.05$ ).

Tutto ciò ha cambiato non poco il nostro approccio alla valutazione delle cure neonatali, obbligandoci a utilizzare metodiche di valutazione più potenti e principalmente gli studi randomizzati controllati prospettici, prevalentemente multicentrici, e l'applicazione di procedure di metanalisi, cioè di valutazioni ponderate effettuate su studi controllati diversi anche se singolarmente a bassa numerosità.

#### Gli interventi efficaci in Neonatologia

Alla luce di quanto detto finora vediamo nel pratico quali sono gli interventi efficaci in Neonatologia (1,2).

Nella **tabella 3** sono elencate alcune categorie di interventi in relazione all'esito (outcome) e al tipo di valutazione effettuata. Il tipo di valutazione è riportato in ordine gerarchico: cioè studi randomizzati controllati (RCT), studi comunque controllati anche se non randomizzati (non RCT) e studi storici (STOR), cioè quelli che hanno meno valore perché sono spesso inficiati da un bias di selezione e/o dall'effetto di variabili confondenti. Inoltre, per quanto riguarda l'esito, gli interventi sono stati suddivisi in outcome benefico dal punto di vista dei sintomi (S), benefico dal punto di vista della mortalità (M), quindi con un indicatore

**TABELLA 3: GLI INTERVENTI MODERATAMENTE EFFICACI**

Intervento diagnostico-assistenziale	Outcome*			Valutazione**		
	S	M	E	RCT	NRCT	Stor.
Rooming-in, umanizzazione	+	?	+/-	+	+	
Vitamine (A,D,E,K,B2,C,A,Ac.folico)	+/-	+/-	+/-	+	+	
Profilassi antibiotica delle infezioni	+/-	+/-	?	+	+	+
Profilassi con immunoglobuline e.v.	+/-	+/-	?	+	+	
Terapia con immunoglobuline e.v.	+/-	+/-	?	+	+	
Glucocorticoidi in RDS (BPD, CLD)	+	-	-	+	+	
Pancuronio in ventilazione meccanica	+	+/-	?	+	+	
Analgesici in ventilazione meccanica	+	?	?	+	+	
Ventilazione "sincronizzata" (SIPPV)	+	+/-	?	+	+	
Ventilazione ad alta frequenza (HFOV)	+/-	+/-	+/-	+	+	
TPN con lipidi precoci	+/-	+/-	?	+	+	
Eritropoietina per anemia dei VLBW	+	-	-	+	+	
Ibu o Indo per PDA (VLBW +/- RDS)	+	+/-	?	+	+	
iNO per IPPN (RDS, MAS)	+	+/-	?	+	+	

#### \*Outcome

S = Sintomatologia  
M = Mortalità  
E = Esiti

#### \*\*Valutazione

RCT = Studi controllati randomizzati  
NRCT = Studi controllati non randomizzati  
Stor. = Storica, confronto col passato

+ = Efficace; - = Inefficace; ? = Efficacia sconosciuta

molto forte e sicuramente obiettivo, e outcome benefico dal punto di vista degli esiti a distanza (E).

Gli interventi elencati nella tabella si sono dimostrati efficaci soprattutto sulla sintomatologia e raramente sulla mortalità. Non vi è dubbio che l'utilizzazione dell'eritropoietina possa migliorare l'anemia del pretermine; tuttavia, per quel che riguarda gli effetti sulla mortalità e sugli esiti a distanza, si tratta di un trattamento costoso ma assolutamente ininfluente. Vi sono inoltre alcuni interventi che hanno una notevole efficacia dal punto di vista sintomatologico ma che sono poco diffusi nella pratica (come il rooming-in o l'uso di analgesici nei neonati ventilati). Per quanto riguarda alcuni tipi di ventilazione meccanica, come la ventilazione sincronizzata o ad alta frequenza, il problema non riguarda tanto la loro efficacia in assoluto quanto piuttosto la loro reale superiorità rispetto alle

metodiche tradizionali di ventilazione a pressione positiva intermittente.

Nella **tabella 4** sono riportati gli interventi che più significativamente hanno modificato la prognosi dei nostri neonati. Si parte dall'inizio del secolo, con la termoregolazione, fino ad arrivare alle metodiche più recenti, come la ventilazione meccanica o assistita, nelle sue varie modalità, l'uso dei corticosteroidi prenatali per favorire la maturazione polmonare, e del surfattante per la terapia o la profilassi della sindrome respiratoria del neonato pretermine.

Qui si nota un fatto interessante, e cioè che molti di questi interventi sono stati ben valutati per quanto riguarda il miglioramento dei sintomi clinici e della mortalità, ma non sono stati altrettanto ben studiati per quel che riguarda gli eventuali esiti a distanza.

In pratica, tuttavia, per quanto riguarda il maggiore impatto sul benessere del neo-

**TABELLA 4: GLI INTERVENTI SICURAMENTE EFFICACI**

Intervento diagnostico-assistenziale	Outcome*			Valutazione**		
	S	M	E	RCT	NRCT	Stor.
Termoregolazione (incubatrici ecc.)	+	+	?	+	+	+
Nutrizione precoce +/- parenterale	+	?	+	+	+	+
Chemioterapia delle infezioni	+	+	+	+	+	+
Exsanguino-trasfusione per ittero	+	+	+	+	+	+
Fototerapia (profilassi-trattamento)	+	?	?	+	+	
Profilassi anti-D	+	+	+	+	+	+
O <sub>2</sub> , glucosio e NaHCO <sub>3</sub> nella RDS	+	+	?	+	+	
Ventilazione meccanica, PEEP, CPAP	+	+	?	+	+	+
Glucocorticosteroidi prenatali per RDS	+	+	+	+	+	+
Surfattante per RDS (Prof./Ter.)	+	+	+/-	+	+	+
Regionalizzazione, trasporto neonatale	+	+	?	+	+	
Tecniche diagnostiche, monitoraggio	+	+	?	+	+	
Chirurgia per malformazioni gravi	+	+	+	+	+	
ECMO per insufficienza respiratoria grave	+	+/-	+/-	+	+	+

**\*Outcome**  
 S = Sintomatologia  
 M = Mortalità  
 E = Esiti

**\*\*Valutazione**  
 RCT = Studi controllati randomizzati  
 NRCT = Studi controllati non randomizzati  
 Stor. = Storica, confronto col passato

+ = Efficace; - = Inefficace; ? = Efficacia sconosciuta

**TABELLA 5: IL DIVARIO TRA EVIDENZE E PRASSI**

<p><b>Interventi inutili o dannosi e tuttavia diffusi nella prassi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Episiotomia di routine</li> <li>• T.C. per pregresso T.C.</li> <li>• T.C. per motivi "medico-legali"</li> <li>• Monitoraggio fetale estensivo</li> <li>• Prelievi ripetuti nel neonato</li> </ul>
<p><b>Interventi di dubbia utilità e tuttavia diffusi nella prassi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parto indotto dopo 41 settimane</li> <li>• Profilassi antibiotica nel pretermine</li> <li>• E.T. con bilirubina <math>\geq</math> 20 mg/dl</li> <li>• Fototerapia profilattica nei VLBW</li> <li>• Immunoglobuline e.v. nei VLBW</li> </ul>
<p><b>Interventi sicuramente efficaci ma poco diffusi nella prassi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sostegno sociale e psicologico in gravidanza e travaglio</li> <li>• Regionalizzazione delle cure perinatali e servizio di trasporto neonatale assistito</li> <li>• Profilassi della RDS con glucocorticosteroidi prenatali</li> <li>• Sedazione e analgesia in corso di procedure invasive o dolorose</li> <li>• Umanizzazione delle cure perinatali e dimissione precoce e protetta</li> </ul>

nato, gli interventi più efficaci e di introduzione relativamente recente sono veramente pochi e non richiedono tecnologie particolarmente sofisticate.

#### Il divario tra le evidenze e le prassi

L'esame di questi dati ci porta a considerare il problema del divario tra le evidenze e le prassi e dei conseguenti comportamenti irrazionali o pericolosi (2,4).

La **tabella 5** riporta alcuni esempi di interventi inutili o dannosi, che invece vengono tuttora largamente utilizzati nella prassi: il monitoraggio fetale estensivo in tutti i parti, che ha dimostrato di avere più effetti dannosi che non benefici, o l'esecuzione di un taglio cesareo ripetuto o elettivo, per motivi "medico-legali"; o interventi di dubbia efficacia, ma molto diffusi, come quello di indurre regolarmente il parto dopo la 41<sup>a</sup> settimana di gestazione, mentre sappiamo che c'è una fisiologica variabilità nella normale durata della gestazione che va da 38 a 42 settimane, o l'uso profilattico della fototerapia nei VLBW con bassi livelli di bilirubina; oppure interventi sicuramente efficaci ma poco diffusi nella pratica e tra questi il principale, per l'impatto sulla mortalità neonatale, è la profilassi della sindrome respiratoria neonatale mediante la somministrazione di glucocorticoidi in gravidanza. In un recente studio multicentrico effettuato nella Regione Lazio, negli anni 1994-95, solo il 38% delle madri di neonati VLBW (al di sotto di 1500 g), risultavano essere state sottoposte a profilassi con steroidi, e la mortalità nei soggetti non profilassati è stata più del doppio di quella dei soggetti trattati (6).

È stato calcolato che l'applicazione di tale profilassi prima delle 34 settimane di gestazione, in almeno 3/4 delle donne con minaccia di parto pretermine, porterebbe in Italia a un dimezzamento dei decessi dovuti a RDS e/o prematurità grave (circa 250 morti in meno all'anno) (2).

In uno studio successivo, effettuato negli anni 1999-2000, sempre nella Regione Lazio, la frequenza dell'uso degli steroidi prenatali era aumentata solo dell'8% (dal 38 al 46%). Che invece il 75% di casi profilassati sia un traguardo raggiungibile anche da noi lo dimostrano i

dati del Trentino dove, grazie a un'efficace regionalizzazione dell'assistenza perinatale, più dell'85% dei neonati VLBW (<1500 g) ricevono oggi una corretta profilassi in utero con glucocorticoidi (7,8). Quindi siamo di fronte a una routine assistenziale semplice, poco costosa, universalmente riconosciuta come molto efficace, che peraltro non viene applicata nel modo dovuto su tutto il territorio nazionale.

### Le "mode" e le pressioni del mercato

Talvolta, invece, accade il contrario: a causa di forti pressioni del mercato, sia farmaceutico che tecnologico, vengono utilizzate nuove molecole e/o tecnologie, anche di costo elevato, senza che per esse vi siano sicure evidenze di un migliore rapporto benefici/costi. È questo il caso delle immunoglobuline e.v. nei neonati VLBW, per la profilassi o la terapia delle infezioni, o di nuove tecniche di ventilazione meccanica, come la *Pressure Support Ventilation*, la *Proportional Assisted Ventilation*, o la Ventilazione ad Alta Frequenza Oscillatoria (HFOV).

Uno studio giapponese che ha paragonato l'efficacia della HFOV, metodica costosa ma innovativa, a quella della ventilazione convenzionale (CMV), in due gruppi randomizzati di neonati pretermine con RDS neonatale grave (9), non ha dimostrato differenze significative tra i due gruppi.

Tuttavia, nonostante tali evidenze, non tanto di inefficacia, ma comunque di equivalenza di questo nuovo tipo di ventilazione, rispetto a quella tradizionale, nell'arco di 6 anni vi è stata una notevole diffusione della ventilazione ad alta frequenza oscillatoria nei vari centri europei. Praticamente c'è stata un'esplosione nell'acquisto e nell'utilizzazione di queste nuove apparecchiature, per cui da circa 23 centri europei che ne facevano uso nel 1989 si è passati a 160 nel 1994 e a più di 300 nel 1996.

Chiaramente siamo di fronte a un comportamento che non è legato alle evidenze scientifiche, ma è probabilmente da collegare alle pressioni del mercato.

### Conclusioni

Quali conclusioni possiamo trarre da questo breve excursus sulla valutazione

dell'efficacia degli interventi in Neonatologia e sulle incertezze che ancora affliggono il neonatologo?

La prima è che la Neonatologia è ancora una disciplina "a rischio", sia perché le nostre conoscenze sono tuttora incomplete e devono migliorare, soprattutto per quanto riguarda gli esiti a distanza, ma anche per il fatto che ci dobbiamo confrontare con tutta una serie di eventi che ci complicano l'esistenza: perché le autorità politiche e sanitarie competenti ritardano e sono molto inerti nel fornire indicazioni forti riguardo a una reale regionalizzazione dell'assistenza perinatale, o nell'offrire linee guida o addirittura obblighi di valutazione; perché le pressioni del mercato verso l'utilizzazione di nuove tecnologie, preferibilmente costose, sono sempre più forti; perché noi medici abbiamo una certa difficoltà a cambiare atteggiamento, a modificare i nostri comportamenti sulla base delle evidenze, e soprattutto siamo scarsamente propensi a una seria valutazione, a un audit personale, e in particolare a cercare di identificare gli errori in ciò che facciamo, a metterli in comune e ad imparare da essi, forse anche a causa di preoccupazioni di ordine medico-legale.

Il messaggio finale è ovvio ed è lo stesso fornito da Silverman quasi 20 anni fa (4): ... "Se vi è una branca della medicina nella quale occorre essere particolarmente critici verso le basi razionali dei nostri comportamenti è proprio quella che si occupa della nascita e del periodo neonatale. (...) La nostra è l'unica specie animale che ha raggiunto una percentuale di sopravvivenza al periodo neonatale che supera il 90%; quindi dobbiamo richiedere il massimo possibile di evidenza prima di intraprendere azioni che potrebbero condizionare l'intera durata della vita di un individuo in questa e in future generazioni".

In altre parole occorre che anche in Neonatologia, come in altri settori della Medicina, si cominci a lavorare nel modo suggerito da molti, attuando cioè una pratica clinica basata di più sulle evidenze scientifiche ("evidence based practice") e meno sulla fantasia e sulla storia (10). Non basta quindi constatare l'efficacia di una nuova procedura diagnostica e/o terapeutica; prima di intro-

durla nella pratica clinica ne va verificata la superiorità rispetto a quanto già disponibile; e non solo sotto il profilo dell'efficacia, ma anche sotto quello dell'efficienza, considerandone i reali vantaggi in termini di rapporto benefici/costi, ovvero in termini di frequenza e gravità di eventuali effetti collaterali e, poiché viviamo in un Paese con risorse limitate, in termini di spesa aggiuntiva.

Perché, come ha giustamente affermato E. Braunwald, citato da Silverman (4): "*La disseminazione prematura di una nuova tecnica medica assomiglia ad un genietto che è riuscito a scappare dalla bottiglia: è virtualmente impossibile rimediare alla confusione risultante da tale incontrollata esuberanza medica*" (Braunwald E. "The danger of medical Innovation"). ♦

### Bibliografia essenziale

- (1) Sinclair JC, Bracken MB. Effective care of the newborn infant. Oxford: Oxford University Press, 1992
- (2) Orzalesi M. La valutazione degli interventi in Neonatologia. In: Assael BM (ed). *Aggiornamenti di Fisiopatologia e Terapia in Pediatria*. Vol. 6, pg. 64, Milano: CIS Editore, 1997
- (3) Orzalesi M, Lucchini L, Sallustio GL. Il danno iatrogeno in neonatologia. *Ped Med Chir* 1992;14:96
- (4) Silverman WA. Retrolental fibroplasia: a modern parable. London: Grune & Stratton, 1980
- (5) Pinnelli A. Il declino recente della mortalità feto-infantile. *Riv Ital Ped* 1984;10:741
- (6) Di Lallo D, Dotta A, Miceli M, et al. Le evidenze disponibili modificano la pratica clinica? L'esempio dell'uso prenatale dei corticosteroidi. *Comunicazione al Convegno Annuale dell'Associazione Italiana di Epidemiologia*. Trieste, 9-11 aprile 1997
- (7) Scottish Neonatal Consultants Collaborative Study Group, International Neonatal Network. Trends and variations in use of antenatal corticosteroids to prevent neonatal respiratory distress syndrome: recommendations for national and international comparative audit. *Brit J Obstet Gynaecol* 1996;103:534
- (8) Pedrotti D, De Nisi G. Uso elettivo della CPAP nasale (nCPAP) nei VLBW. Confronto area-based. Trento-Stoccolma. *Comunicazione al Convegno Assistenza respiratoria nel neonato: vecchi e nuovi approcci*. Bologna, 24-25 settembre 1997
- (9) Ogawa Y, Miyasaka K, Kavano T et al. A multicenter randomized trial of high frequency oscillatory ventilation as compared with conventional mechanical ventilation in preterm infants with respiratory failure. *Early Hum Dev* 1993;32:1-10
- (10) Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM. London: Churchill-Livingstone, 1997

# PROGETTO PER LA LETTURA AI BAMBINI DAL PRIMO ANNO DI VITA

Leggere e raccontare storie ai propri figli piccoli è un metodo per rafforzare la relazione e rinsaldare i legami familiari. È un fatto evidente e intuitivo; ci sono però, anche alcuni dati sperimentali che lo comprovano. Le famiglie dove ci sono e si leggono libri dimostrano di avere maggiori risorse umane e sociali, maggiore "capitale sociale" (Pediatrics 1999;103 e 55). La lettura ad alta voce di libri per bambini molto piccoli correla con lo sviluppo precoce del linguaggio, sia percettivo che espressivo (J Speech Hear Res 1994;37:583).

È possibile promuovere attivamente la lettura ad alta voce: fornire libri ai genitori durante le visite del pediatra e ripetere il consiglio di leggere ad alta voce anche nelle visite successive (Arch Pediatr Adolesc Med 1998;152:459 Am J Dis Child 1991;145:881), è uno strumento per istituire e rafforzare questa consuetudine che si è rilevata efficace anche nelle famiglie svantaggiate. Le strategie possibili, attuabili in Italia e già sperimentate altrove, sono dunque:

- la lettura ad alta voce praticata da volontari nelle sale d'attesa di ambulatori, consultori, sedi vaccinali, oltre che ovviamente nei reparti ospedalieri;
  - i consigli forniti ai genitori, dai pediatri e dalle infermiere durante i bilanci di salute. Un progetto che coinvolge i pediatri nella promozione della lettura ai bambini in epoca precoce è stato messo a punto da Associazione Italiana Biblioteche e Associazione Culturale Pediatri, con la collaborazione del Centro per la Salute del Bambino. Le
- Indicazioni e il materiale necessario saranno presto distribuiti a tutti i gruppi e ai singoli che ne fanno richiesta.

Per Informazioni:  
[csb.trieste@iol.it](mailto:csb.trieste@iol.it)



nati  
per  
leggere

# I fitofarmaci prevengono le infezioni respiratorie ricorrenti?

Oriana Testagrossa  
Specializzanda in Pediatria, Università di Messina

## Abstract

### Can phytotherapy prevent recurrent respiratory infections?

*In this scenario the parents of 5 year old girl seek advice from their paediatrician regarding the use of phytotherapy agents like Echinacea and propolis for recurrent respiratory infection. A research through secondary literature finds a systematic review using though, not very reliable RCT; another research using Pub Med Clinical Queries brings up a very good double blind RCT with the use of analysis by treatment which shows an NNT of 2,8. Nevertheless the excessive loss of patients (about 20%) during follow up makes results not very reliable. In conclusion literature doesn't find at the moment evidences regarding the utilization of Echinacea and propolis for the prevention of recurrent respiratory infections.*

Quaderni acp 2004; 11(3): 129-130

**Key words** Phytotherapy. Echinacea. Recurrent respiratory infections

Il problema analizzato in questo scenario riguarda il caso di una bambina di 5 anni i cui genitori si rivolgono al pediatra per essere consigliati sull'uso di fitofarmaci, quali echinacea e propoli, per cercare di ridurre gli episodi di infezioni respiratorie ricorrenti della figlia. Viene eseguita una ricerca prima su banche dati di letteratura secondaria che permette di reperire una revisione sistematica effettuata, però, su RCT poco affidabili e poi su PubMed utilizzando la maschera delle Clinical Queries; viene ritrovato un articolo (RCT in doppio cieco, con l'utilizzo dell'analisi secondo il trattamento) che mostra un NNT di 2,8, quindi molto buono; tuttavia la perdita eccessiva (> 20%) di pazienti al follow-up rende poco affidabili i risultati dell'RCT. La risposta dei dati della letteratura è, dunque, che in atto non ci sono delle evidenze che consigliano l'uso di echinacea e propoli per la prevenzione delle infezioni respiratorie ricorrenti.

**Parole chiave** Fitoterapia. Echinacea. Infezioni respiratorie ricorrenti

## Scenario clinico

Durante il mio stage presso l'ambulatorio di un pediatra di famiglia, sono giunti in visita i genitori di M., una bambina di 5 anni. La piccola presentava da tre giorni i sintomi classici di un'infezione acuta delle alte vie aeree (scolo nasale sieroso, tosse stizzosa e lieve malessere generale). Si trattava del terzo episodio in un mese e i genitori, preoccupati, mi chiedono se possono somministrare alla figlia uno sciroppo, consigliato da un'amica, a base di echinacea e propoli per evitare nuove infezioni durante i mesi invernali.

## Background

Alcune erbe e prodotti naturali sono ritenuti efficaci nella modulazione della risposta infiammatoria. L'echinacea viene utilizzata prevalentemente nel trattamento e nella prevenzione delle infezioni delle alte vie

aeree; alcuni ricercatori hanno dimostrato, in vitro e su animali, che l'echinacea svolge un'azione modulatrice su citochine infiammatorie, sull'attività dei macrofagi e sui linfociti natural killer (1).

Tre specie di echinacea (*E. purpurea*, *E. pallida*, *E. angustifolia*) sono oggi utilizzate nelle preparazioni presenti in commercio in Italia.

La propoli è una resina naturale prodotta dalle api, che contiene, oltre a resine e olii, flavonoidi ed esteri caffeinici a cui vengono attribuite attività antimicrobiche e antivirali (2). Negli U.S.A., in base a dati del 1999, il 14% degli adulti assumeva integratori dietetici e naturali, mentre, sempre negli USA, nel 2001 sono stati spesi 18 miliardi di dollari in preparati fitoterapici (3, 4).

Ho iniziato il lavoro ricercando le evidenze nella letteratura secondaria:

1. su *Clinical Evidence* (edizione italiana, 2003) nel capitolo dedicato alle "Infezioni delle vie respiratorie superiori" a pagina 61, viene citata una revisione sistematica sull'utilità dell'echinacea nel prevenire le infezioni respiratorie acute (5): vengono identificati 8 RCT che però presentano notevole variabilità nelle preparazioni utilizzate e nel metodo applicato. Una meta-analisi di 3 RCT comparabili tra loro sembra indicare una riduzione degli episodi infettivi. Le conclusioni degli autori di *Clinical Evidence* sono che la scarsa qualità degli studi rende impossibile trarre delle conclusioni sull'efficacia

2. sulla *Cochrane Library* l'unica revisione riscontrata è stata quella già segnalata da *Clinical Evidence*. A questo punto ho ricercato la letteratura primaria su *PubMed*, anche per verificare la eventuale pubblicazione di altri trials dopo la pubblicazione della revisione sistematica.

## La domanda in tre parti

In un bambino sano [POPOLAZIONE] la somministrazione di preparati a base di echinacea e propoli [INTERVENTO] confrontato con placebo [CONFRONTO] è efficace nel prevenire le infezioni respiratorie acute delle prime vie aeree [OUTCOME]?

## Strategia di ricerca

Verifico sul MeSH browser di *PubMed* i seguenti termini: **Echinacea - Propolis - Respiratory Tract Infections**. Utilizzando la maschera delle Clinical Queries, selezioniamo **Therapy and Specificity**, inserendo la stringa di ricerca: ("**Echinacea**" OR "**Propolis**") AND "**Respiratory Tract Infections**" AND "**Prevention and control**"; trovo 4 lavori, di cui 1 sembra soddisfare pienamente il mio quesito.

## Articolo selezionato

Cohen AH, Varsano I, et al. Effectiveness of an herbal preparation containing *Echinacea*, *Propolis* and vitamin C in preventing respiratory tract infections in children. *Arch Ped Med* 2004;158:217-21

Per corrispondenza:  
Oriana Testagrossa  
e-mail: oriana\_testagrossa@yahoo.it

leggere e fare

TABELLA 1: ANALISI SECONDO IL TRATTAMENTO

Evento	CER	EER	RBI	ABI	NNT
Riduzione episodi a uno in tre mesi	18/168 0,10	75/160 0,46	3,7 337%	0,37 37% (IC 27% - 45%)	2,8 (IC 2,2 - 3,7)

TABELLA 2: ANALISI SECONDO LA RANDOMIZZAZIONE

Evento	CER	EER	RBI	ABI	NNT
Riduzione episodi a uno in tre mesi	65/215 0,30	130/215 0,60	1,0 100%	0,30 30% (IC 21% - 39%)	3,3 (IC 2,5 - 4,7)

TABELLA 3: ANALISI SECONDO IL PEGGIOR SCENARIO IPOTIZZABILE

Evento	CER	EER	RBI	ABI	NNT
Riduzione episodi a uno in tre mesi	65/215 0,30	75/215 0,34	0,13 13%	0,47 4,7% (IC 4% - 13%)	21,5 (IC 7,4 - 23,7)

### Caratteristiche dello studio

Data pubblicazione: 2004

Nazione: Israele

Tipo di studio: Trial clinico randomizzato controllato in doppio cieco

Setting: 10 ambulatori di cure primarie

Pazienti e interventi confrontati: sono stati analizzati 500 bambini tra 1 e 5 anni

Criteri d'esclusione: infezioni respiratorie acute nei 7 giorni precedenti, fibrosi cistica, immunodeficienze acquisite o congenite, alterazioni anatomiche, malassorbimento, uso di immunostimolanti o immunosoppressori nelle 4 settimane precedenti l'avvio dello studio.

Sono stati randomizzati 430 bambini; 215 sono stati trattati con un preparato a base di *Echinacea angustifolia* e *purpurea*, *Propolis* e vitamina C, 5 ml fino ai 3 anni, 7,5 ml dopo i 4 anni per due volte al giorno per 12 settimane. In corso di episodio respiratorio acuto la stessa dose veniva somministrata 4 volte al giorno; 215 bambini sono stati trattati con placebo con le stesse modalità.

Follow-up: durante lo studio venivano programmate visite di controllo ogni 4 settimane e un coordinatore dello studio contattava telefonicamente a cadenza settimanale i genitori per avere informazioni circa i sintomi, la loro ricorrenza e l'associazione con altri farmaci. Gli episodi infettivi sono stati definiti come la presenza di uno

o più sintomi maggiori, quali febbre >38 °C, faringotonsillite, reperto ascoltorio compatibile con broncopatia, con almeno un sintomo minore, quale otalgia, congiuntivite, tosse e scolo nasale.

Outcomes studiati: numero totale degli episodi di malattia, numero di bambini con più di 1 episodio, numero medio di episodi per bambino, giorni totali di malattia e loro durata.

**Risultati:** dei 430 bambini randomizzati, 328 hanno completato lo studio; 99 bambini (23%) sono stati persi al follow-up. Gli autori hanno eseguito un'analisi secondo il trattamento e non secondo la randomizzazione (*intention to treat*), con una percentuale di drop-out >20%. In base a tale analisi, i risultati degli outcomes primari hanno mostrato: a) un numero totale degli episodi di malattia ridotto nel gruppo dei trattati rispetto al placebo; b) un numero di bambini che hanno presentato più di 1 episodio infettivo minore nel gruppo dei trattati vs placebo. Analoghi risultati sono stati presentati dagli autori per la riduzione dei giorni di malattia, assoluta e in percentuale per bambino.

**Commento:** per calcolare l'NNT è stata analizzata, tra gli outcomes primari, la riduzione dei bambini con più di 1 episodio acuto in 3 mesi di terapia. Sono stati effettuati, mediante la Tabella 2 per 2 (tabelle 1,

### Box 1

**Analisi secondo il trattamento (efficacy analysis):** analisi dei successi solo sui soggetti che hanno realmente effettuato il trattamento in studio

**Analisi secondo la randomizzazione (intention to treat):** analisi dei successi sul totale dei soggetti randomizzati e in base al loro gruppo di appartenenza iniziale

**Analisi secondo il peggior scenario ipotizzabile:** analisi dei dati che permette di tenere in considerazione l'effetto dei pazienti di cui non si conosce l'esito, ovvero immaginando che nel gruppo con i migliori risultati tutti i persi al follow-up siano stati insuccessi, e che nel gruppo con i risultati peggiori i persi al follow-up siano stati successi.

Da: *Prospective in Pediatrics* (1998;28:173-84), modificato.

2, 3), i tre tipi di analisi effettuabili (box 1). Come si evince dalle tabelle, nonostante i dati dello studio, come presentati dagli autori, mostrino un'efficacia del trattamento nel ridurre gli episodi di infezioni respiratorie delle alte vie, tale efficacia risulta dubbia per l'elevato numero di pazienti che non hanno completato lo studio, per cause, tra l'altro, non descritte dagli autori. I risultati ottenuti con l'applicazione dell'analisi secondo il peggior scenario possibile suggeriscono che sono necessarie altre ricerche per chiarire il quesito terapeutico. Dirò quindi ai genitori di M. che attualmente non ci sono dati che confermino che l'*Echinacea* associata ai propoli possa ridurre gli episodi infettivi della figlia durante i mesi invernali. ♦

### Bibliografia

- (1) Melchart D, Linde K, Worku F, et al. Results of five randomized studies on the immunomodulatory activity of preparations of *Echinacea*. *J Altern Complement Med* 1995;1:145-60
- (2) Burdock GA. Review of the biological properties and toxicity of bee propolis (propolis). *Food Chem Toxicol* 1998;36:347-63
- (3) Kaufman DW, Kelly JP, Rosenberg L, et al. Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States. *JAMA*. 2002;287:337-44
- (4) NBJ's annual industry overview VII. *Nutrition Business Journal*. May/June 2002:1-48
- (5) Melchart D, Linde K, Fischer P, et al. *Echinacea* for preventing and treating the common cold. *Cochrane Library*, Issue 2001;3

# IL CENTRO PER LA SALUTE DEL BAMBINO

Il **Centro per la Salute del Bambino (CSB)** è una organizzazione non lucrativa di utilità sociale (ONLUS) fondata nel 1999 da un gruppo di operatori, in primo luogo pediatri, attivi nel campo della salute del bambino.

La missione fondamentale del Centro è quella di promuovere ricerca, formazione e interventi di efficacia dimostrata in aree orfane di attenzione, quali i programmi di prevenzione nelle prime epoche della vita e in adolescenza.

A questo fine il Centro si propone di favorire la collaborazione tra operatori e servizi diversi, fornendo documentazione, occasioni di confronto, percorsi di formazione e di ricerca e supporto alla progettazione di interventi integrati.

Il Centro svolge la propria attività in collaborazione con Enti pubblici e privati, Associazioni, Società scientifiche, Fondazioni, Istituti di Ricerca, Agenzie Governative e non, nazionali e internazionali.

## LE ATTIVITÀ PRINCIPALI

### 1. Ricerca e documentazione

- Conduzione, partecipazione e supporto a progetti di ricerca
- Collaborazione con il progetto finalizzato del Ministero della Salute "Sviluppo e valutazione di interventi di prevenzione primaria nel campo della salute infantile"
- Coordinamento della ricerca ACP "Studio collaborativo di verifica dell'applicabilità di linee guida in pediatria ambulatoriale. L'esempio dell'otite media acuta"
- Ricerca sulle abitudini alla lettura ai bambini, in collaborazione con "Nati per leggere"

### 2. Formazione e aggiornamento

- Corsi di formazione rivolti a operatori sanitari dell'infanzia (pediatri, neuropsichiatri, riabilitatori, ostetriche e ostetrici-ginecologi, psicologi, infermieri, educatori)
- Corsi multidisciplinari sull'abuso e il maltrattamento dei minori per operatori delle aree socio-sanitaria, socio-educativa e giudiziaria
- Corsi per operatori con responsabilità dirigenziali nel settore materno-infantile
- Corsi per operatori sanitari e sociosanitari per le cure agli adolescenti (adattamento del curriculum elaborato a livello europeo dal programma EuTeach)
- Corsi su ricerca e sperimentazione clinica in pediatria ambulatoriale

- Corsi per operatori sanitari su promozione e pratica dell'allattamento al seno
- Corsi per "peer counsellor" sull'allattamento al seno

### 3. Sviluppo di servizi e progetti

- Attività di formazione e sviluppo di strumenti educativi rivolti a genitori, pianificazione e valutazione di programmi e servizi nell'area materno-infantile, attività di supporto tecnico per programmi di cooperazione sanitaria internazionale, interventi diretti di cooperazione e solidarietà
- Iniziativa "Nati per leggere"
- Progetto "Genitori quasi perfetti" di supporto alla funzione genitoriale
- Collaborazione al progetto della Regione Calabria "Assistenza domiciliare al puerperio"
- Collaborazioni con Aziende sanitarie ed Enti locali per programmi di prevenzione
- Percorsi formativi per operatori sanitari sull'allattamento al seno

### 4. Solidarietà internazionale

- Raccolta fondi per il *Center for Reproductive Health and Environment* di Nukus (Mare di Aral)

## Centro per la Salute del Bambino ONLUS

Via dei Burlo, 1 - 34123 Trieste

Tel 040 3220447 - 040 300551

Fax 040 3224842

e-mail [csb.trieste@iol.it](mailto:csb.trieste@iol.it)

<http://www.salutedelbambino.it>

# Usare gli steroidi in un bambino con paralisi del facciale?

Antonella Stazzoni\*, Manuela Pasini\*\*, Roberta Ciambra\*\*\*

\*Pediatra di famiglia, ACP Romagna; \*\*Ospedale "M. Bufalini", ASL Cesena, ACP Romagna; \*\*\*Specializzando in Pediatria, Ospedale "M. Bufalini", ASL Cesena

## Abstract

### Are steroids useful in a child with bell palsy?

The problem analyzed regards a 10 year old child with right peripheral facial nerve palsy of sudden and acute onset the day before. Clinically no extrinsic causes could be detected. The question is whether she should be treated with steroid therapy. Is there solid evidence on the efficacy of steroids in Bell palsy? A systematic 2001 review of is found with a research through Pub Med (using the Clinical Queries mask), the conclusion is that there are no definite data on the effects of steroid therapy in children with Bell palsy. Taking this into account, a following research is done considering adult population. A Cochrane review is traced with a NNT of 25 due to the risk of incomplete recovery. Nevertheless a confidence interval (a 5.2-8.5) enhances the possibility that no therapy could be better than steroid therapy.

Quaderni acp 2004; 11(3): 132-133

**Key words** Facial palsy. Steroids. NNT

Il problema analizzato in questo scenario riguarda il caso di una bambina di 10 anni con paralisi periferica del nervo facciale di destra, insorta acutamente dal giorno precedente. L'esame clinico pare escludere cause lesionali estrinseche. Il problema è se debba essere trattato con una terapia steroidea. Esistono delle evidenze solide sul trattamento con steroidi della paralisi di Bell? La ricerca su PubMed (nella maschera Clinical Queries) permette di reperire una revisione sistematica del 2001 che conclude che manca una evidenza conclusiva degli effetti del trattamento con steroidi della paralisi di Bell in età pediatrica. In mancanza di uno studio considerato conclusivo in età pediatrica viene estesa la ricerca alla popolazione adulta. Viene reperita una revisione Cochrane con un NNT di 25 per il rischio di recupero incompleto. L'intervallo di confidenza (da 5.2 a -8.5) dice però che esiste la possibilità che il non trattamento sia meglio del trattamento.

**Parole chiave** Paralisi del facciale. Steroidi. NNT

## Scenario clinico

Abbiamo in ambulatorio una bambina di 10 anni con paralisi periferica del nervo facciale di destra, insorta acutamente dal giorno precedente. L'esame clinico pare escludere cause lesionali estrinseche. Chiediamo gli anticorpi anti-Borrelia. È comunque molto verosimile che si tratti di una paralisi facciale periferica idiopatica. Proponiamo un trattamento con steroidi; dopo due giorni la madre ritorna per dire che la bambina assume il farmaco con difficoltà e irregolarmente. La sospensione della terapia peggiorerà il recupero funzionale del facciale? Cerchiamo aiuto nella letteratura: esistono delle evidenze solide sul trattamento con steroidi della paralisi di Bell?

## Background

La paralisi di Bell è una paralisi/paresi periferica del nervo facciale, a insorgenza acuta, per lo più unilaterale, senza apparente causa evi-

denziabile. La eziologia è discussa: infezione virale? ischemia vascolare? disordine infiammatorio autoimmune? ereditarietà? La storia naturale, specie nei bambini, è favorevole con tendenza al recupero completo della funzione motoria del nervo facciale in molti casi entro due mesi dall'esordio dei sintomi e comunque quasi sempre entro sei mesi. Il trattamento che ha ricevuto i maggiori consensi è senz'altro quello steroideo che, nel caso, non si è riusciti a portare a compimento.

## La domanda in tre parti

In un **bambino con paralisi di Bell** [POPOLAZIONE] il trattamento con **steroidi** [INTERVENTO] è utile per il **miglioramento clinico?** [OUTCOME]

## Strategia di ricerca

Si verifica nel MeSH di PubMed l'esistenza dei seguenti termini: *Child - Bell's palsy -*

*Corticosteroids*. Si traduce la domanda su PubMed nella maschera Clinical Queries Using Research Methodology Filters, selezionando *Therapy e Specificity: "Child" AND "Bell's palsy" AND "Corticosteroids"*.

La ricerca seleziona 2 articoli: seleziono una revisione sistematica che pare proprio rispondere al quesito.

## Articolo selezionato

Salman MS, Mac Gregor LM. Should children with Bell's palsy be treated with corticosteroids? A systematic review. *J Child Neurol* 2001;16:565-568

## Caratteristiche principali dello studio

**Nazione:** Canada

**Tipo di studio:** revisione sistematica, il cui obiettivo primario era quello di ricercare le migliori evidenze disponibili riguardo al trattamento con steroidi della paralisi di Bell in età pediatrica

**Setting:** Division of Neurology, Hospital for Sick Children, Toronto

**Metodologia di ricerca:** la ricerca è stata eseguita su MedLine, Embase, Cochrane database, selezionando lavori pubblicati tra il 1966 e il 2000, in qualsiasi lingua, e inserendo quali parole chiave **Bell's palsy** o suoi sinonimi. Venivano presi in considerazione solo studi che comprendevano bambini con paralisi di Bell monolaterale, di età fino a 16 anni, trattati con steroidi o corticotropina. Nello studio doveva essere presente un gruppo di controllo, e dovevano essere riportate misure di outcome. Esclusi studi che comprendevano solo soggetti di età superiore a 16 anni, o con paralisi facciale congenita, ricorrente, bilaterale o da causa nota.

## Risultati riportati

Su 3392 studi identificati dalla ricerca solo 8 e una revisione sistematica incontravano i criteri di inclusione: di questi solo uno comprendeva esclusivamente bambini. Negli altri i pazienti di età pediatrica costituivano una piccola percentuale della popolazione e i risultati non venivano valutati separatamente. La qualità metodologica degli studi fu considerata complessivamente scarsa dai revisori e non

Per corrispondenza:

Antonella Stazzoni

e-mail: antonella.sta@libero.it

leggere e fare

**TABELLA 1: CONFRONTO DEI TRATTAMENTI. TABELLA DUE PER DUE**

	successo	insuccesso	totale
Trattati	46	13	59
Non trattati	43	15	58
Totale	89	28	117

esente da bias (solo 5 studi su 8 erano randomizzati; raramente era discusso il metodo di randomizzazione e di assegnazione dei pazienti all'uno o all'altro gruppo). Alla fine della ricerca i revisori non hanno ritenuto possibile eseguire una analisi unica dei risultati poiché il disegno, il tipo di trattamento e le misure di outcome erano troppo eterogenee. Essi concludono che manca una evidenza conclusiva degli effetti del trattamento con steroidi della paralisi di Bell in età pediatrica.

In mancanza di uno studio considerato conclusivo in età pediatrica, abbiamo esteso la ricerca alla popolazione adulta.

#### La domanda in tre parti e la strategia di ricerca

In un soggetto con **paralisi di Bell** [POPOLAZIONE] il trattamento con **steroidi** [INTERVENTO] è utile per il **miglioramento clinico?** [OUTCOME]

Traduciamo la domanda su *PubMed* nella maschera *Clinical Queries Using Research Methodology Filters*, selezionando *Systematic Reviews* senza limiti riguardo all'età dei pazienti: **"Bell's palsy"** AND **"Corticosteroids"**

La ricerca seleziona 4 articoli: selezioniamo la revisione più recente.

#### Articolo selezionato

Salinas RA, Alvarez G. et al. Corticosteroids for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). *Cochrane Database Syst Review* 2002 (1):CD001942. Review

#### Caratteristiche principali dello studio

**Tipo di studio:** revisione sistematica del gruppo Cochrane, il cui obiettivo primario era quello di ricercare gli effetti della terapia steroidea nel favorire il recupero dei pazienti con paralisi di Bell.

**Metodologia di ricerca e tipo di pazienti:** la ricerca è stata eseguita sul registro del Gruppo di Malattie Neuromuscolari Cochrane, su *MedLine*, *Embase*, *LiLacs* fino al dicembre 2000, "inserendo quali parole chiave "Bell's palsy" o suoi sinonimi. Venivano presi in considerazione solo studi randomizzati di con-

**TABELLA 2: RISCHIO DI EVENTI SFAVOREVOLI (RECUPERO INCOMPLETO DOPO 6 O PIÙ MESI): CONFRONTI DEI TRATTAMENTI**

EER	CER	RR	RRR	ARR	NNT
13/59 0,22	15/58 0,26	22/26 0,85	(26-22)/26 0,15	0,26-0,22 0,04	1/0,04 25 (IC da 5.2 a -8.5)

**Significato delle abbreviazioni**  
**CER** (Control Event Rate): eventi nel gruppo di controllo; **EER** (Experimental Event Rate): eventi nel gruppo sperimentale; **RR** (Relative Risk): rapporto tra eventi nel gruppo sperimentale ed eventi nel gruppo controllo; **ARR** (Absolute Risk Reduction): riduzione assoluta del rischio, cioè differenza fra gli esiti sfavorevoli nel gruppo di controllo e quello sperimentale; **RRR** (Relative Risk Reduction): riduzione relativa del rischio di un evento sfavorevole nei pazienti randomizzati al trattamento in sperimentazione rispetto ai controlli.

fronto tra pazienti con paralisi acuta idiopatica del nervo facciale, trattati con steroidi o corticotropina (indipendentemente dalla via orale o parenterale di somministrazione del farmaco e dalla durata della terapia steroidea), con un gruppo di controllo trattato con placebo o gruppo di controllo aperto. Doveva essere indicato il numero di pazienti con incompleto recupero della funzione motoria del facciale sei o più mesi dopo la randomizzazione, considerato quale evento primario per misurare l'efficacia del trattamento. L'analisi dei risultati doveva inoltre permettere l'applicazione del principio della *intention to treat*.

#### Risultati riportati

La ricerca identificava 7 RCT, di cui solo 3 (con un totale di 117 pazienti) rispondevano pienamente ai criteri prefissati e apparivano di buona qualità metodologica. Uno studio confrontava il cortisone acetato con placebo; uno confrontava il prednisone più vitamine con solo le vitamine; e uno, non controllato con placebo, valutava l'efficacia del metilprednisolone. Complessivamente 13/59 (22%) (*tabella 1*) pazienti trattati con steroidi avevano un recupero incompleto della funzione del nervo facciale sei o più mesi dopo la randomizzazione confrontati con 15/58 (26%) nel gruppo controllo. Questa riduzione non fu significativa (rischio relativo=0,86; intervallo di confidenza 95%=0,47-1,59). Risultati non significativi furono ottenuti anche quando l'analisi era limitata ai sottogruppi di pazienti in cui il trattamento steroideo era iniziato entro 48 ore dall'inizio dei sintomi, oppure era limitata ai pazienti con paralisi completa o incompleta del nervo facciale. Non sono segnalati effetti collaterali significativi della terapia steroidea.

I valori dei rischi di eventi sfavorevoli dopo 6 mesi o più di trattamento sono indicati nella *tabella 2* dove lo 0,22 (EER) e lo 0,26 (CER) degli eventi nei due gruppi esprime di per sé

l'eguaglianza del trattamento rispetto al non trattamento.

**Commento.** Il trattamento con steroidi ha determinato una riduzione relativa del 15% del rischio di recupero incompleto (RRR). La riduzione assoluta del rischio di recupero incompleto è solo del 4%, cioè occorre trattare 100 pazienti simili a quelli reclutati nei tre studi per ottenere un risparmio di 4 eventi. Ugualmente un NNT di 25 significa che occorre trattare 25 pazienti con paralisi di Bell per evitare un caso di recupero incompleto. L'intervallo di confidenza ci dice però che esiste la possibilità che il non trattamento sia meglio del trattamento. L'intervallo di confidenza (IC) quantifica l'(im)precisione o l'(in)certezza della stima puntuale di un certo parametro osservata in un campione. Indica con una specifica probabilità (es. 90%, 95%, 99%) il range entro cui si colloca il valore vero del parametro nella popolazione da cui è stato campionato il gruppo dei soggetti studiati. L'ampiezza dell'IC dipende dalla potenza di uno studio o dalla numerosità degli eventi in esame e dalla numerosità del campione studiato, e sarà tanto più stretta tanto più lo studio è potente, e quindi in grado di fornire una stima precisa.

#### Conclusioni

Entrambe le revisioni sistematiche concludono che manca a tutt'oggi una evidenza certa degli effetti positivi del trattamento con steroidi per quanto riguarda il recupero della funzione motoria facciale in pazienti con paralisi di Bell e che sono necessari un maggiore numero di studi per determinare in maniera affidabile se c'è un beneficio reale del trattamento. ♦

#### Bibliografia

- (1) May M et al. The use of steroids in Bell's palsy: a prospective controlled study. *Laryngoscope* 1976;86: 1111-22
- (2) Taverner D. et al. Cortisone treatment of Bell's palsy. *Lancet* 1954;2:1052-6
- (3) Unuvar E. et al. Corticosteroid treatment of childhood's Bell's palsy. *Pediatric Neurology* 1999;21:814-6

# Sara e gli immunostimolanti

Federica Zanetto\*, Michele Gangemi\*\*

\*Pediatria di base, ACP Milano e Provincia; \*\*Pediatria di base, Verona

## Abstract

### Sara and immunostimulants

*A child with recurrent upper respiratory infections going to kindergarten, whose parents request therapy with immunostimulants, is the problem analysed in the following scenario. This is a recurring request coming from families with children attending communities, and it is also a debated problem with doctors of different specialties. Consultation of secondary literature doesn't give us an answer. A research through PubMed conducted by using the three part question finds few studies among which the RCT examined; nevertheless all of them don't give conclusive date.*

*Through a careful communication and real listening, without false reassurances and superficial considerations, the paediatrician tries to share and define a possible medical therapy together with Sara's mother, as an alternative to a medical prescription not supported by real evidence.*

*Quaderni acp 2004; 11(3): 136-137*

**Key words** Recurrent respiratory infections. Immunostimulants. Counselling

*Il problema analizzato in questo scenario riguarda la richiesta di un preparato immunostimolante per una bimba che, frequentante la scuola materna, ha una storia di infezioni ricorrenti alle alte vie aeree. L'utilizzo di questi preparati è uno degli argomenti ricorrenti in ambulatorio con le famiglie dei bambini che frequentano la comunità ed è un tema dibattuto anche con colleghi di altre specialità. La consultazione di pubblicazioni secondarie non dà alcuna risposta al quesito. La ricerca su PubMed, condotta secondo lo schema della domanda in tre parti, permette di reperire pochi studi, tra i quali l'RCT esaminato, dai quali non è possibile trarre dati di efficacia conclusivi. Con un ascolto reale e una comunicazione attenta, priva di rassicurazioni affrettate e considerazioni superficiali, e fondata sulla condivisione di quanto è possibile fare in quel momento, la pediatra riesce a definire con la mamma un'alternativa possibile a una prescrizione supportata da evidenze non sufficienti.*

**Parole chiave** Infezioni respiratorie ricorrenti. Immunostimolanti. Counselling

## Scenario clinico

Sara ha 4 anni e, come molti bambini che vanno alla scuola materna, ha spesso raffreddore, tosse insistente, gola arrossata. Viene in ambulatorio con la mamma, che è appena andata a prenderla a scuola, chiamata dalla maestra per la comparsa di febbre in tarda mattinata.

## Cosa dice (o non dice) l'Evidence Based Medicine?

La pediatra ha verificato recentemente con alcuni colleghi lo stato delle conoscenze disponibili al momento sull'utilizzo di immunostimolanti nelle infezioni respiratorie ricorrenti. La consultazione di *Clinical Evidence* (sia edizione concisa che su dischetto) rispetto a "infezioni respiratorie recidivanti", "immuno-

stimolanti" o "immunomodulatori", non ha dato alcuna risposta.

Viene condotta allora un'esercitazione secondo lo schema di scenari, ponendo la domanda in tre parti:

- nei **bambini con infezioni respiratorie ricorrenti** [POPOLAZIONE]
- il trattamento con **lisati o frazioni batteriche** [INTERVENTO]
- è efficace nel ridurre la **frequenza e la gravità** delle infezioni respiratorie ricorrenti? [OUTCOME]

È stata verificata nel MeSH Browser di *PubMed* l'esistenza dei termini **Respiratory Tract Infections - Bacterial Lysate**, quest'ultimo non indicizzato. Inserito **Immunostimulants** come termine di ricerca, il dizionario ha suggerito

l'utilizzo di **Adjuvant Immunologic** (sostanze contenenti antigeni batterici che aumentano, stimolano, attivano, potenziano o modulano la risposta immune umorale o cellulomediata). È stata quindi lanciata la query "**Respiratory Tract Infections**" AND "**Child, Preschool**" AND "**Adjuvant Immunologic**" con il limite *Randomized Controlled Trial*.

## Articoli selezionati

La ricerca ha selezionato sette articoli, pubblicati peraltro su riviste non particolarmente rilevanti nell'ambito della letteratura di riferimento per il pediatra (tra questi anche una metanalisi, al cui full test, su *J Invest Allergol Clin Immunol* 2001, non è stato però possibile accedere). La lettura degli abstracts ha dato subito l'idea che questi farmaci siano commercializzati solo in alcuni Paesi, certo non in quelli anglosassoni.

Comunque, tre degli studi selezionati dalla pediatra durante il lavoro di gruppo con i colleghi riguardavano proprio il preparato di cui le sta parlando la mamma incontrata oggi in ambulatorio. Uno però è stato condotto su bambini con bassi livelli di sottoclassi IgG; un altro (sponsorizzato da OM Pharma) è stato effettuato con uno schema posologico diverso da quello abitualmente indicato. È stato quindi preso in considerazione il terzo articolo, tra l'altro disponibile full test on line: Gutierrez-Tarango MD, Berber A. Safety and efficacy of two courses of OM-85 BV in the prevention of respiratory tract infections in children during 12 months. *Chest* 2001;119:1742-48.

## Risultati

I risultati del trial (finanziato dalla casa farmaceutica distributrice del farmaco in Messico), presentati come confronto tra medie e in termini di significatività statistica, non permettono di risalire al numero di eventi nei due gruppi, utile per valutare l'efficacia del trattamento e cal-

Per corrispondenza:  
Federica Zanetto  
e-mail: zanettof@tin.it

colarne le reali dimensioni del beneficio. Gli Autori stessi, nella discussione, non esprimono conclusioni definitive, sottolineando alcuni "punti aperti" dal punto di vista metodologico (da considerare, ad esempio, l'arruolamento in periodi differenti per morbilità, la fisiologica minore suscettibilità alle infezioni con il passare del tempo, il ridotto utilizzo di antibiotici possibile anche per controlli clinici più stretti imposti dal trial) e auspicando studi successivi ed esperienze ulteriori su numeri più ampi.

### Conclusioni del pediatra e restituzione ai genitori

La pediatra è già consapevole della scarsa letteratura riguardante immunomodulanti e immunostimolanti (studi pochi, popolazioni piccole, dati di efficacia non conclusivi). Sa anche, d'altra parte, che l'utilizzo di questi preparati è uno dei temi più spesso ricorrenti in ambulatorio con le famiglie dei bambini che frequentano la comunità; e sempre aperto è il dibattito sulla loro efficacia anche con colleghi di altre specialità.

In questo contesto è ancora una volta importante evitare considerazioni superficiali e comunicazioni affrettate.

### Discussione generale

Seguendo la via comunicativa spontanea, la pediatra si troverebbe a dover convincere la mamma di Sara che quello della bambina non è un grave problema di salute e la solleciterebbe ad avere solo un po' di pazienza, dimenticando che, quando un sintomo o una malattia anche non severa entrano in una famiglia, vi entrano davvero, come elemento in più che "abita" nel sistema. Consapevole che la buona salute del bambino è centrale nella vita della famiglia, che va cercando informazioni su tutto ciò che è o sembra un problema, un sintomo o una difficoltà e sulle sue possibili soluzioni, la pediatra deve chiedersi in che modo parlare e come accettare il discorso sulla salute portato in quel momento dalla famiglia. Motivata una volta di più dalla ricerca bibliografica da poco effettuata a non prescrivere il "vaccino" richiesto dalla mamma di Sara, sa anche che l'obiettivo non deve essere convincerla che quanto chiede è sbagliato o inappropriato. Optando per un interven-

### Box 1

*Mamma:* ... dopo l'ultima influenza la tosse non le era ancora passata, e poi respira ancora male, con il naso sempre chiuso...

*Mentre la pediatra guarda la gola della bambina...* È ancora brutta anche la gola?

*Pediatra:* ...un pochino arrossata...".

*Mamma:* Intanto oggi sono dovuta andare a prenderla ancora... e così siamo un'altra volta a casa dall'asilo... adesso poi che ci va volentieri ...Lei cosa dice, dottoressa, non è meglio fare qualcosa? Alcuni bambini all'asilo, sa, tra mamme se ne parla... prendono una specie di vaccino per tre mesi... e poi mia cognata mi ha detto che anche il mio nipotino lo sta facendo... glielo ha dato l'otorino perché ha un po' di adenoidi... Non è una cosa che può andare bene anche per Sara?

### Box 2

*Pediatra:* Vediamo meglio, signora, quali sono i problemi di ordine pratico e di cosa ha paura rispetto a queste febbri frequenti della bambina...

*Madre:* ...è che da quando va alla scuola materna è proprio gracilina...

*Pediatra:* Dobbiamo però anche pensare che Sara, come tutti i bambini della sua età, si sta costruendo le sue difese ed è capace di farlo da sola... più le sue difese sono naturali e non dovute a farmaci, meglio è...

*Madre:* E quindi andiamo avanti così?

*Pediatra:* Beh, nel caso di Sara, possiamo aiutarla rinforzando alcuni comportamenti che voi certo già adottate...

*Madre:* Per quello le attenzioni non le mancano...

*Pediatra:* Per esempio, ritardare di qualche giorno il rientro all'asilo dopo un episodio febbrile, come avete fatto già altre volte...

*Madre:* Sì, finora, anche se con qualche difficoltà, siamo riusciti a organizzarci...

*Pediatra:* Infatti... mi faccia controllare... vede, anche le altre volte non ci sono mai state complicazioni... e le abbiamo dato l'antibiotico una volta sola, due mesi fa...

*La pediatra riconsidera con la mamma le misure da adottare quando Sara ha tosse e raffreddore*

*Pediatra:* Come vede dunque, nel caso di Sara, per il momento, possiamo aspettare a prendere in considerazione trattamenti che sono da riservare a situazioni particolari e che spesso richiedono una valutazione di altri specialisti... la loro efficacia poi non è ancora completamente dimostrata...

*Madre:* Dipenderà anche da come è la bambina ogni volta..."

*Pediatra:* Certo, valuteremo la situazione di volta in volta, anche per quanto riguarda i tempi di ripresa della scuola materna... e poi ne possiamo comunque riparlarne, soprattutto se le vengono in mente altre cose che si possono chiarire insieme...

to professionale non prevenuto, né svalutante, sollecita le considerazioni della mamma (*vediamo quali sono i problemi*), punta su pochi elementi informativi, ribaditi però in momenti successivi (*le difese della bambina, i farmaci non necessari, le misure da adottare*) ed esplora con lei un'alternativa possibile a un trattamento sulla cui efficacia non ha al momento dati conclusivi disponibili.

Da notare anche l'utilizzo del "noi" da parte del medico, accorgimento linguistico che sposta il discorso sul piano della

collaborazione e della condivisione di quanto è possibile fare in quel momento.

### "Evidenza" e "narrazione": la sintesi

Attenzione, curiosità, ascolto reale evitano alla pediatra una lettura "rigida" della richiesta portata dalla mamma di Sara. Tenendo sotto controllo la reazione automatica di rassicurazione, riesce alla fine a definire una proposta accettabile per la famiglia e in linea con la propria convinzione rispetto a una prescrizione ancora non supportata da sicuri dati di efficacia. ♦

# La fototerapia a domicilio

Augusto Biasini, Giampiero Casadei, Antonio Belluzzi, Giancarlo Cerasoli, Maurizio Poloni, Michele Pusceddu  
Terapia Intensiva Pediatrica e Neonatale, Ospedale "M. Bufalini", Cesena

## Abstract

### Home phototherapy

**Aims** In the first week of life jaundice is present in more than 50% of newborns. Phototherapy at home with an optical fibre instrument has been tested, regarding its feasibility, efficacy and safety, with the principal aim of reducing hospitalisation.

**Methods and materials** 24 newborns with uncomplicated jaundice have been treated (without the following risk factors: jaundice in the first 24 hours of life, absence of hemolysis, infections, large cephalohematoma and without diffused ecchymosis). Newborn's parents were able to understand the functioning of the instrument and the application method on their child. The instrument (Biliblanket plus) was assigned and used at home.

**Result** In 19 newborn, (about 80% of the whole group) there was a reduction of bilirubin values. 5 newborn needed hospitalisation in order to undergo conventional phototherapy since home treatment wasn't efficacious.

**Conclusions** In moderate and uncomplicated jaundice in not premature infants, treatment with optical fibres at home could be useful, since it doesn't interfere with mother and child relation.

*This home practice can avoid a good number of hospitalisations which we intend to evaluate more appropriately.*

Quaderni acp 2004; 11(3): 138-139

**Key words** Neonatal hyperbilirubinemia. Home phototherapy. Biliblanket

**Obiettivi** Più del 50% dei neonati sani a termine presentano l'ittero nella prima settimana di vita. Sono state valutate fattibilità, sicurezza ed efficacia dell'uso della fototerapia a domicilio con uno strumento a fibre ottiche in grado di evitare il ricovero in ospedale.

**Materiali e metodi** Sono stati trattati 24 neonati sani, a termine, con ittero non complicato (assenza di questi fattori di rischio: ittero non comparso già nella prime 24 ore di vita, non emolisi, non infezioni, non presenza di cefaloematoma di grandi dimensioni e non ecchimosi diffuse). I genitori dei neonati erano in grado di comprendere il funzionamento dello strumento e la tecnica di applicazione sul neonato. L'apparecchiatura (Biliblanket Plus) era consegnata e usata a domicilio.

**Risultati** La riduzione dei valori di bilirubina si è ottenuta in 19 neonati (80% dell'intero gruppo); 5 neonati (20%) furono ricoverati per eseguire la fototerapia convenzionale per l'inefficacia del trattamento a domicilio.

**Conclusioni** Il trattamento con sole fibre ottiche nell'ambiente familiare, poiché non sembra interferire sulla relazione e l'attaccamento madre-neonato, può essere utile negli itteri moderati e non complicati del neonato a termine. La procedura domiciliare è in grado di evitare un discreto numero di ricoveri ospedalieri che ci proponiamo di valutare in modo più appropriato.

**Parole chiave** Iperbilirubinemia neonatale. Fototerapia a domicilio. Biliblanket

L'ittero del neonato è una condizione neonatale estremamente comune; più del 50% dei neonati sani a termine di gravidanza, infatti, hanno una bilirubinemia al di sopra del range normale, e ciò costituisce uno dei motivi più frequenti di riospedalizzazione nei giorni dopo la nascita (1). Il trattamento dell'ittero pone ai medici una sfida continua. È ben delineato il percorso terapeutico sia nei pretermine in condizioni critiche che nei nati a termine con iperbilirubinemia pre-

cedentemente patologica (2). Rimane incerto il comportamento per un'ampia popolazione di neonati con valori moderati di bilirubinemia. Le linee guida esistenti spesso non risolvono il problema fra trattare un numero elevato di neonati (che significa un numero elevato di ricoveri) o trattarne pochi esponendo la popolazione a un rischio, seppur remoto, di danno (3,4,5,6), i cui fattori di rischio sono:

a. ittero insorto nelle prime 24 ore  
b. emolisi  
c. infezioni  
d. cefaloematoma e/o ecchimosi importanti  
e. età gestazionale < 37 settimane

Esistono molti neonati sani, a termine di gravidanza, che stanno bene, succhiano al seno e non hanno alcun fattore di rischio. Hanno solo un livello di bilirubinemia di 17 mg% in 4<sup>a</sup>-5<sup>a</sup> giornata di vita. L'utilizzo di un ricovero solo per eseguire la fototerapia sembra eccessivo anche per il rischio (infettivo e relazionale) da ospedalizzazione; la preoccupazione dei genitori per la condizione di ittero va tenuta presente.

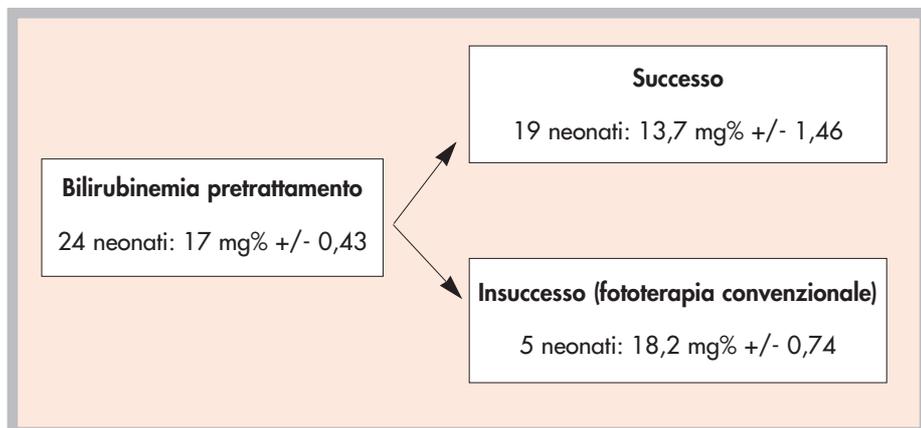
Esiste la possibilità di eseguire fototerapia con strumenti a fibre ottiche posti sotto gli indumenti. L'apparecchio consiste in una "paletta" con dimensioni all'incirca di una metà di foglio A4, che viene poggiata sul dorso (Biliblanket). Di solito questo tipo di terapia viene utilizzata in ricovero, ma, con valori di bilirubina solo moderatamente elevati e in assenza di altri fattori di rischio, essa può essere praticata anche a domicilio con il duplice vantaggio di evitare l'ansia della separazione e quella derivata dal ritenere il neonato comunque "malato" solo perché itterico.

**Sperimentazione d'avvio**  
Dal gennaio al settembre 2003 la Neonatologia dell'Ospedale Bufalini di Cesena propone il trattamento con

Per corrispondenza:  
Augusto Biasini  
e-mail: abiasini@ausl-cesena.emr.it

esperienze

FIGURA 1: RISULTATI DELLA SPERIMENTAZIONE



*Biliblanket Plus* a domicilio per neonati:

- allattati al seno
- con ittero moderato (16,5-17,5 mg/dl) e non emolitico
- con un valore di bilirubina diretta < 10%

– le cui condizioni familiari rispondano ad alcune caratteristiche di basso rischio; nella fase di avvio sono state selezionate coppie di genitori di condizione economica media o alta, preferibilmente con abitazioni nuove o recentemente ristrutturate o comunque con impianto elettrico a norma.

Sono entrati nella sperimentazione 24 neonati (12 maschi e 12 femmine) sani, nati a termine di una gravidanza di durata superiore a 37 settimane, con peso neonatale superiore a 2500 g, di età compresa fra 4 e 7 giorni, allattati esclusivamente al seno.

Tutti i bambini erano stati inviati alla consulenza neonatologica per un dosaggio capillare della bilirubina dal pediatra di base, o la decisione era stata presa dagli stessi neonatologi. Il valore di bilirubina media all'ingresso era di 17,02 mg/dl +/- 0,43 DS.

Riassumiamo brevemente i risultati (figura 1). La durata del trattamento domiciliare è stata di 24 ore per 8 neonati e di 48 ore per 16 neonati.

In 19 neonati il valore medio dopo 24-48 ore di trattamento domiciliare è stato di 13,7 mg/dl +/- 1,46 DS.

In 5 neonati (3 maschi e 2 femmine) si è rilevato un aumento rispetto ai livelli iniziali (media 18,2 mg/dl +/- 0,74 DS), con conseguente ricovero per fototerapia

convenzionale. Con questa l'ittero si è risolto in 24 ore.

L'impegno organizzativo (visita, esami, notizie sull'ittero, uso dello strumento in completa sicurezza) ha richiesto 40-50 minuti per neonato.

Vi è stata una buona accettazione della modalità di trattamento da tutte le famiglie alle quali è stato proposto.

#### Conclusioni provvisorie

La fototerapia domiciliare sembra poter rappresentare un passo nella riduzione della medicalizzazione del neonato e nella promozione del "bonding" materno in una situazione frequente e di incertezza, per quanto in grandissima parte favorevole, evoluzione quale è l'ittero dei primi giorni di vita. Ci proponiamo di valutare in maniera più appropriata il risparmio quantitativo di ricoveri in ospedale. ♦

#### Bibliografia

- (1) Seidman DS, Stevenson DK, Ergaz Z, Gale R. Hospital readmission due to neonatal hyperbilirubinemia. *Pediatrics* 1995;96:727
- (2) Dennery PA, Seidman DS, Stevenson DK. Neonatal hyperbilirubinemia. *N Engl J Med* 2001;344:581
- (3) Maisels MJ, Newman TB. Kernicterus in otherwise healthy, breast-fed term newborns. *Pediatrics* 1995;96:730
- (4) Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. Sentinel event alert issue 18: kernicterus threatens healthy newborns, May 2, 2001
- (5) Johnson LH, Butani VK, Brovn AK. System-based approach to management of jaundice and prevention of kernicterus. *J Pediatr* 2002;140:396
- (6) Poland RL. Preventing kernicterus: almost there. *J Pediatr* 2002;140:385

### PREVENIRE E CURARE IL DOLORE NEL BAMBINO

Dalla teoria alla pratica  
Trieste 10-11 Settembre 2004  
Jolly Hotel

Venerdì 10 settembre

#### EVIDENZE E RIFLESSIONI

- 9.00 Perché prevenire/curare il dolore (P. Busoni)
- 9.45 Il dolore del neonato: prevenire/curare (P. Brovedani, T. Strajn)
- 10.30 Il dolore minore: otalgia, emicrania, altro (F. Marchetti)
- 11.45 Il dolore maggiore: da trauma, post operatorio, altro (P. Vallon)
- 12.30 Il dolore in oncologia pediatrica (G. Zanazzo)
- 14.30 "Gli ultimi tre giorni di vita" (M. Rabusin)
- 15.15 Il dolore sine causa: guarire con le parole (L. Peratoner)
- 16.00 Gesti, parole, distrazione, altro: una rivisitazione (A. Messeri)
- 17.15 Il dolore dell'anima: il bambino nel dramma (F. Panizon)

Sabato 11 settembre

#### MEDICI E INFERMIERI NELLA PRATICA

- 9.00 Il dolore da prelievo (F. Balsemin)
- 9.45 Il dolore in pronto soccorso (G. Messi)
- 11.00 La sedazione da procedure: colonscopia, EGDS, artrocentesi (E. Barbi)
- 11.45 L'anestesia loco-regionale (G. Runti)
- 12.30 Conclusioni

#### INFORMAZIONI

Ekipeventi p.s.c.a.r.l - Via Beccaria, 7  
34133 Trieste - 040 348 0 888  
email: info@ekipeventi.it

# Vaccinare contro la varicella: una scelta non facile

Luisella Grandori

Responsabile prevenzione vaccinale ACP

## Abstract

### *To vaccinate against varicella: not an easy choice*

*The article defines the situation regarding chickenpox vaccination. There are at the moment 2 vaccines, both live and attenuated, derived from Oka type (in Italy Varilix and Varivax). One dose up to twelve years of age and 2 doses afterwards are the recommended dosages. They show a good efficacy. Adverse reactions in vaccinated subject are a vesicular rash. Contraindications are: immunosuppression and corticosteroid or immunoglobuline therapies. Living with a pregnant women is not a contraindication for vaccination. Indications regard mainly the protection of women in a reproductive age. The policy to extend vaccination in the 2 year of life is not shared, especially when a mass vaccination, covering more than 85% is not possible. The supposition regarding an increase of adult's Herpes zoster in vaccinated populations, due to a reduced virus circulation, remains object of discussion.*

*Quaderni acp 2004; 11(3): 140-141*

**Key words** Varicella. Varicella vaccination. Indications, Contraindications. Risks

*L'articolo fa il punto sulla vaccinazione contro la varicella. Sono disponibili 2 vaccini, entrambi vivi ed attenuati derivanti dal ceppo Oka (in Italia Varilix e Varivax). Il dosaggio consigliato è di una dose fino a 12 anni e di due dosi successivamente. L'efficacia è buona. Gli eventi avversi nei vaccinati sono un rash vescicolare. Le controindicazioni sono una immunodepressione, le terapie con steroidi o con immunoglobuline. Non è una controindicazione la convivenza con una donna gravida. Le indicazioni sono la necessità di proteggere le persone ad alto rischio specie le donne in età fertile. Non è condivisa la vaccinazione universale nel secondo anno specie se non si è certi di raggiungere una copertura superiore all'85%. È ancora discussa l'ipotesi di un aumento dell'Herpes Zoster negli adulti in popolazioni vaccinate per la ridotta circolazione del virus.*

**Parole chiave** Varicella. Vaccinazione antivaricella. Indicazioni. Controindicazioni. Rischi

## La malattia: quanta e come

La varicella è più frequente sotto i 10 anni di età, dove decorre generalmente in modo benigno. Ogni anno il numero di casi corrisponde circa a una coorte di nascita; in Italia se ne stimano, infatti, circa 500.000; uno studio sieroepidemiologico rileva che la percentuale di immuni alla varicella passa dal 62% tra i 5 e i 9 anni di età, a un 82% nei ragazzi da 10 fino a 19 anni (1). Dati non pubblicati dell'ISS stimano una letalità della varicella di 0,5 su 100.000 nella popolazione di tutte le età. Non paragonabile a quella attribuita al morbillo: un decesso ogni 1000-2000 casi. Dopo la prima infezione, il virus Varicella-Zoster (Herpesvirus) rimasto latente nei gangli spinali, può dar luogo allo Zoster, caratterizzato

da una maggiore morbilità e letalità rispetto alla varicella.

Le complicanze più comuni sono le sovrainfezioni batteriche; rare la trombocitopenia, l'artrite, l'epatite, la glomerulonefrite e le manifestazioni neurologiche: meningite asettica, encefalite e cerebellite che è la più frequente e ha prognosi buona. Anche la sindrome di Reye può seguire la varicella, ma è molto diminuita dopo la riduzione dell'uso di salicilati. Negli adolescenti e ancor più negli adulti la frequenza di complicanze è maggiore. L'OMS stima una letalità 30-40 volte più elevata negli adulti rispetto ai bambini (2). Il rischio di complicanze è particolarmente alto in situazioni di immunodepressione e nei neonati. La forma neonatale colpisce i nati da

donne in cui la varicella insorge da 5 giorni prima a 2 giorni dopo il parto, e ha una letalità del 30%.

## I vaccini

Sono attualmente disponibili in Italia due vaccini contro la varicella. Entrambi vivi e attenuati, derivati dal ceppo Oka (nome del ragazzo giapponese al quale venne prelevato il virus dalle vescicole) coltivato su cellule diploidi umane.

– I nomi commerciali sono: *Varilix* della Glaxo Smith Kline e *Varivax* dell'Aventis Pasteur. Entrambi contengono tracce di neomicina e *Varivax* anche gelatina. Le caratteristiche dei due vaccini appaiono simili e in altri Paesi vengono utilizzati con le medesime indicazioni (17).

– Il dosaggio consigliato è 1 sola dose dai 12 mesi fino a 12 anni di età e 2 dosi a distanza di 4-8 settimane dai 13 anni in su. Per *Varivax*, utilizzato su larga scala negli USA fin dal 1995, è disponibile ampia letteratura, mentre gli studi su *Varilix* sono meno numerosi (17).

– L'efficacia è risultata buona: oltre il 95% per le forme gravi e dal 70 ad un 85% per le forme moderate. La segnalazione, in questi ultimi anni, di epidemie di varicella in alcune scuole degli USA, anche ad elevata copertura vaccinale (3,4) ha sollevato dubbi sulla durata della protezione dopo una sola dose; è verosimile che in tempi brevi verrà indicata una seconda dose anche per i bambini. Il vaccino può prevenire la malattia, ma non in tutti i casi, se somministrato entro 72 ore (o almeno entro 5 giorni) (5) dall'esposizione al contagio. Questo è prezioso per proteggere le persone ad alto rischio e/o i loro contatti.

– Gli eventi avversi segnalati con maggior frequenza al sistema di sorveglianza degli USA (VAERS) su circa 10 milioni di dosi (6), sono: rash varicelliforme, anafilassi (30 casi tutti sopravvissuti) e Herpes Zoster. Per altri sintomi più gravi (come sindromi neurologiche o immuno-

Per corrispondenza:  
Luisella Grandori  
e-mail: luisegra@tin.it

il punto su

nomediate) così come alcuni (14) casi di morte, non è stata provata correlazione causale. Da studi post-marketing eseguiti dalla Ditta produttrice sono risultati: reazioni locali (dolore, arrossamento, gonfiore) nel 20%, rash varicelliforme (da 5 a 26 giorni dopo la vaccinazione) nel 3,5%, febbre  $\geq 39^{\circ}\text{C}$  nel 15% dei bambini vaccinati. La febbre, osservata fino a 42 giorni dopo la vaccinazione, può facilmente essere dovuta a infezioni intercorrenti (7).

### Quando non vaccinare

Oltre a quelle comuni a tutti i vaccini (grave malessere, febbre elevata, allergia grave a uno dei componenti), le controindicazioni sono rappresentate dall'immunodepressione (esiste però un protocollo per la vaccinazione dei bambini leucemici in remissione e per quelli con infezione da HIV) (7,8). Come per gli altri vaccini antivirali si devono adottare precauzioni nei confronti delle terapie steroidee o con sangue, plasma, Ig (5). Non rappresenta controindicazione la convivenza con una donna gravida, anche se in caso di comparsa di rash è consigliabile l'allontanamento. Ciò vale anche per la convivenza con persone immunodepresse. L'allergia cutanea alla neomicina non rappresenta controindicazione. Il vaccino è controindicato nelle donne gravide (anche se la vaccinazione effettuata inadvertitamente non ha mostrato danni per il feto) e la gravidanza andrà evitata per 1 mese dopo la vaccinazione (5). L'allattamento non costituisce controindicazione (5).

### Chi vaccinare?

– Il vaccino rappresenta uno strumento prezioso per proteggere dalla varicella le persone ad alto rischio di complicanze o i loro contatti stretti (familiari, personale di assistenza) così come le donne in età fertile, visto il rischio collegato alla varicella neonatale; meno importante è invece la varicella congenita che può colpire il 2% dei nati se l'infezione insorge prima delle 20 settimane di gestazione.

– La vaccinazione universale nel 2° anno di vita, adottata da tempo negli USA (che raccomandano di vaccinare i suscettibili anche in età successive e gli adulti a rischio), non è condivisa da tutti e solle-

va pesanti interrogativi. L'OMS raccomanda di evitare la vaccinazione estesa contro la varicella nei bambini se non si è sicuri di raggiungere, in breve tempo, coperture elevate (85-90%) (2) per il rischio di slittamento della malattia nell'età adulta dove complicanze e morte sono più frequenti. Gli studi di impatto della vaccinazione attraverso modelli matematici (9,10), confermano tale rischio per coperture inferiori a un 80%. La riduzione complessiva del numero dei casi di varicella in tutte le età (11) osservata negli USA, dopo 5 anni di vaccinazione estesa, non è conclusiva, poiché il tempo ipotizzato dai modelli matematici per lo spostamento in età adulta è molto superiore (20-30 anni).

Appare quindi evidente che la vaccinazione universale dei nuovi nati in Italia non è oggi proponibile: non possiamo garantire il raggiungimento di simili coperture in tempi brevi e in modo uniforme. Un secondo motivo di riflessione (12) è l'ipotesi di aumento di Herpes Zoster negli adulti per la diminuita circolazione del virus, e quindi di booster naturali, vaccinando in modo esteso i bambini (13,14). Ulteriori studi (15), sempre attraverso modelli matematici, confermano questa possibilità e ipotizzano un aumento di Herpes Zoster nell'adulto per circa 50 anni.

– La vaccinazione degli adolescenti suscettibili non modificherebbe invece l'epidemiologia della malattia. Ma quale sarebbe il risultato di salute atteso da un simile intervento collettivo? Quanti ricoveri e quante morti risparmiati? Tenuto conto anche delle diverse priorità nel nostro Paese (il morbillo), essa appare piuttosto una buona scelta di salute individuale.

### Cosa si dice in Italia

Potrebbe essere imminente una decisione della Conferenza Stato-Regioni rispetto al documento prodotto dalle Regioni nel 2002. Nel frattempo si valutano con preoccupazione le scelte autonome già intraprese da alcune Regioni (es. Sicilia). Da tutto quanto detto sopra, appare evidente infatti che strategie disomogenee in diverse aree del Paese potrebbero determinare un danno, come ci avverte anche l'ISS (16). ♦

### Riferimenti e note

- (1) Gabutti G et al The seroepidemiology of varicella in Italy. *Epidemiol Infect* 2001; 126: 433-440
- (2) OMS. Varicella vaccines- WHO position paper. *Weekly Epidemiological Report* 1998; 73: 241-248
- (3) Galil K et al Outbreak of varicella at a day-care center despite vaccination. *N Engl J Med* 2002; 347, 24: 1909
- (4) Barna D et al. Chickenpox outbreak in a highly school population. *Pediatrics* 2004; 113, 3: 455
- (5) American Academy of Pediatrics. Red Book. *Report of the committee on infectious diseases, Elk Grove Village*, 2003
- (6) Wise R.P et al. Postlicensure safety surveillance for varicella vaccine. *JAMA* 2000; 284, 10: 1271-79
- (7) CDC Prevention of varicella – recommendation of Advisory committee on immunization practice. *MMWR* 1996, RR-11
- (8) CDC. Prevention of varicella updated recommendation of the advisory committee on immunization practice (ACIP). *MMWR* 1999; 48, RR-6
- (9) Brisson M. Modelling the impact of immunization on the epidemiology of varicella zoster virus. *Epidemiol Infect* 2000; 125: 651-69
- (10) Salmaso S et al. Valutazione del potenziale impatto in Italia di programmi estesi di vaccinazione antivariella secondo un modello matematico. *Epidemiologia e Prevenzione* 2003; 3: 154-160
- (11) Sevard J.F et al. Varicella disease after introduction of varicella vaccine in the United States, 1995-2000. *JAMA* 2002; 287: 606
- (12) Edmunds W. J. Improving surveillance of varicella in Europe in response to increasing availability of varicella vaccine Eurosurveillance. *Weekly* 2002; 6, 32 <http://www.eurosurveillance.org/ew/2002/020808.asp#2>
- (13) Brisson M et al. Exposure to varicella boosts immunity to herpes-zoster: implication for mass vaccination against chickenpox. *Vaccine* 2002; 20: 2500-2507
- (14) Thomas S L et al. Contacts with varicella or with children and protection against herpes zoster in adults: a case control study. *Lancet* 2002; 360: 678-82
- (15) Edmundson W.J Brisson M. Varicella vaccination: a double edged sword? *CDPH* 2002; 5 (3): 185
- (16) Epicentro, ISS La prevenzione della varicella in Italia: strategie di vaccinazione. [http://www.epicentro.iss.it/focus/varicella/varicella\\_ciofi.htm](http://www.epicentro.iss.it/focus/varicella/varicella_ciofi.htm)
- (17) La scheda tecnica italiana di Varilrix presenta due punti pochi chiari:  
a) dosaggio: indica un'unica dose di vaccino per tutte le età. Quella in dotazione in altri Paesi europei riporta invece il dosaggio indicato in tutta la letteratura (1 dose fino a 12 anni, 2 dosi dopo questa età). Un dosaggio inadeguato (1 sola dose nell'adulto) sarebbe oltre a tutto particolarmente pericoloso se utilizzato nelle persone ad alto rischio.  
b) indicazioni: afferma tra l'altro che "non è raccomandata la vaccinazione di routine a individui sani". Non sembra credibile, come viene da più parti affermato, che significhi che il prodotto può essere utilizzato solo per le persone ad alto rischio. È molto più verosimile pensare che si riferisca semplicemente alle indicazioni nazionali di allora (1995) che prevedevano la vaccinazione delle sole persone a rischio. Del resto sulle schede tecniche di altri Paesi europei vengono riportate indicazioni diverse che corrispondono alla specifica strategia nazionale.

# Pidocchi in testa?

Sergio Conti Nibali  
Pediatra di libera scelta, Messina

*Questa pagina può essere fotocopiata e fornita ai genitori*

## Abstract

### Head lice?

*Head lice is a recurrent problem in school children; parents are often ashamed to communicate a suspected infestation, wrongly thinking that the presence of lice may be due to a poor personal hygiene. Even if therapy and modalities of infestation are well known, there are often inappropriate advises about prevention. The aim of the following paper is to give parents information regarding diffusion, infectiousness and appropriate therapy: today we still confront ourselves with prejudices and irrational preventive therapies. This sheet, to be given to parents, should be of help in reassurance and in increasing parents personal knowledge regarding infestation.*

*Quaderni acp 2004; 11(3): 142.*

**Key words** Head lice. Head lice therapy. Head lice prevention

*La pediculosi del capo rappresenta un problema ricorrente nei bambini delle scuole materne ed elementari; i genitori possono avere quasi vergogna a comunicare il sospetto di infestazione per il pregiudizio che i pidocchi si insedino per la cattiva pulizia: a torto, infatti, si ritiene che sia la conseguenza di una scarsa igiene personale. Troppo spesso, nonostante le certezze sulla modalità di infestazione e sulle cure, si diffondono consigli inappropriati soprattutto rispetto alla prevenzione. L'articolo ha l'obiettivo di spiegare ai genitori le modalità del contagio, le misure razionali che devono essere adottate per prevenire il contagio e le cure appropriate: nella pratica clinica, ancora oggi, ci confrontiamo con pregiudizi e terapie preventive irrazionali. Questo foglio, da consegnare ai genitori, può essere di aiuto per aumentare le conoscenze dei genitori nei confronti dell'infestazione e li aiuterà ad affrontarla bene e serenamente.*

**Parole chiave** Pediculosi. Terapia della pediculosi. Prevenzione della pediculosi

I pidocchi infestano soprattutto i bambini delle scuole materne ed elementari durante i mesi freddi. Sono piccoli parassiti che pungono il cuoio capelluto per succhiare il sangue e si trovano prevalentemente nella nuca, nelle tempie e dietro le orecchie. Possono adattare la tonalità di colore del loro corpo al colore dei capelli e, quindi, possono essere visti con difficoltà. Il ciclo vitale del pidocchio è di 6-7 settimane, di cui 3-4 allo stadio adulto: in questo periodo la femmina deposita ogni giorno 8-10 lendini, che sono molto simili alla forfora, anche se si distinguono facilmente perché sono tenacemente attaccate ai capelli. Dopo alcuni giorni nascono le larve che in 10 giorni raggiungono lo stato adulto. La femmina attacca alla base del capello le lendini; i capelli crescono circa 1 cm al mese, per cui, se si trovano lendini a circa 3-4 cm dalla radice del capello, si può pensare che l'infestazione sia avvenuta da circa 3-4 mesi. Subito dopo che si è schiusa dalle uova, la larva si nutre succhiando il sangue dal cuoio capelluto circa 5-6 volte al giorno: per questo sono presenti l'irritazione e il prurito.

### Come avviene il contagio?

– Per via “diretta”: il pidocchio passa da una testa all'altra, quando queste sono molto vicine (contatto stretto tra le teste); contrariamente a quanto si pensa, il pidocchio non sa saltare. Gli animali non sono fonte di infezione per l'uomo.

– Per via “indiretta”: attraverso l'abbigliamento (cappelli, berretti, scarpe ecc.), spazzole, pettini, biancheria da letto, poltrone, coperte.

È un pregiudizio credere che i pidocchi infestino solo le persone sporche. Qualsiasi individuo può essere infestato indipendentemente dalla sua igiene.

### Cosa fare per prevenire il contagio?

– Evitare l'uso comune di pettini, spazzole, berretti, scarpe ecc.

– Mantenere un'accurata e regolare cura dei capelli, controllandoli periodicamente soprattutto nelle zone vicino alla nuca, alle tempie e alle orecchie, per bloccarne tempestivamente la diffusione.

– Intrecciare i capelli lunghi, o legarli insieme, per ridurre il contatto con i capelli di altre persone.

– Non utilizzare mai gli shampoo specifici per i pidocchi se non sono presenti pidocchi perché in questo modo si favorirebbe la loro resistenza ai prodotti antiparassitari. Il rischio di infestare altre persone e di mantenere l'infestazione sul proprio capo esiste finché sul capo persistono i pidocchi, le larve e le lendini. Vanno quindi uccisi e sfilati; gli insetti adulti sopravvivono in assenza di nutrimento per 48 ore e le lendini per circa 10 giorni dopo l'allontanamento dalla testa dell'ospite. **Non esistono assolutamente farmaci “preventivi” capaci di evitare l'infestazione da pidocchi. Anche gli ultimi preparati in commercio non hanno assolutamente nessuna efficacia.**

### Cosa fare in caso di pidocchi?

Il pediatra prescriverà il prodotto specifico per il trattamento (shampoo, gel, lozione) e illustrerà le corrette modalità di impiego.

In ogni caso vanno eliminate tutte le lendini presenti, altrimenti nel giro di pochi giorni nasceranno nuovi pidocchi. L'asportazione manuale delle uova viene facilitata dall'uso di un pettine a denti stretti, dopo aver bagnato i capelli con aceto diluito in acqua (1/4 di aceto e 3/4 di acqua). Questa operazione richiede molto tempo e molta pazienza. I capelli corti facilitano notevolmente questo procedimento. Dopo il trattamento deve essere effettuato un cambio completo degli abiti. I familiari infestati devono essere trattati allo stesso modo; nei bambini inferiori ai due anni, le lendini, le larve e i pidocchi dovrebbero essere rimossi manualmente, evitando il trattamento con gli antiparassitari. Pettini e spazzole dovranno essere trattati utilizzando uno shampoo antiparassitario, immergendoli in acqua molto calda per almeno 20 minuti. Vestiti, lenzuola, coperte, scarpe, berretti, giocattoli di peluche o di tessuto dovranno essere lavati a 60 °C per almeno 20 minuti. Coperte, peluche o altro materiale non facilmente lavabile potranno essere lasciati per 14 giorni chiusi in un sacco di plastica: i pidocchi moriranno per mancanza di cibo.

Dopo 8-10 giorni dal trattamento deve essere effettuato un controllo attento del cuoio capelluto per escluderne la presenza, e quindi entro 1 mese altre 3-4 volte. ♦

Per corrispondenza:  
Sergio Conti Nibali  
e-mail: serconti@glaucio.it

# informazioni per genitori