

Quaderni acp

www.quaderniacp.it

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

www.acp.it

I bambini e la musica



1 Editoriale: Nati per leggere e Nati per la musica: non disperdere talenti **3** Equità nell'accesso ai ricoveri ospedalieri **8** Vaccinacipi **9** Film **10** Congressi controlloce **12** Nati per Leggere e GSK **16** Libri **18** Info sui latti **20** Modifiche della prescrizione dell'ormone della crescita. Una proposta dell'ACP **26** Prevenzione dell'emorragia tardiva del neonato con vitamina K **29** Una esperienza ospedale-territorio **31** Anna e la biopsia che non ci aiuta **33** Lucia e Marco non crescono **35** La prima comunicazione di handicap o di malattia cronica **39** L'esame coproparassitologico nei bambini **43** Come affrontare la stipsi funzionale

gennaio-febbraio 2005 vol 12 n° 1

Poste Italiane s.p.a. - sped. in abb. post. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art 1, comma 1, DCB di Forlì - Aut Tribunale di Oristano 308/89

La Rivista è indicizzata in EMBASE

Quaderni acp

website: www.quaderniacp.it

gennaio-febbraio 2005 vol 12 n° 1

Editoriale

- 1 Nati per leggere e Nati per la musica
l'opportunità di non disperdere talenti
Rita Valentino Merletti, Paolo Cascio

Salute pubblica

- 3 Equità nell'accesso ai ricoveri ospedalieri
in Europa e in Italia
Cristina Masseria, Francesco Paolucci

Vaccinacipi

- 8 Arriva l'influenza, teniamola d'occhio
Luisella Grandori

Film

- 9 *Les Choristes* di Moscufo
Italo Spada

Congressi controlloce

- 10 I trent'anni dell'ACP
10 Saper comunicare in Pediatria
11 Le ricerche sull'allattamento al seno

Nati per leggere

- 12 Nati per leggere e Glaxo
12 Una lettera alle Regioni

Libri

- 16 I Premi Ig Nobel *Marc Abrahams*
16 Le parole difficili
*Gloriana Rangone, Marco Chistolini,
Francesco Vadilonga*
17 Quando avevo cinque anni
mi hanno ucciso
Howard Buten
17 Diciamolo chiaramente
*Paola De Castro, Silvana Guida,
Bianca Maria Sagone*

Info

- 18 Latte artificiale Coop a prezzi europei
18 Latte artificiale e regioni
19 Latti e farmacie lombarde
19 Vioox. Confusione e altro alla FDA

ACP News

- 20 Modifiche della prescrizione dell'ormone
della crescita. Una proposta dell'ACP
Gruppo di studio ACP

Lettere

- 22 Una diversa pediatria
Antonella Veneziano, Arturo Alberti
23 Cose che accadono dopo un congresso
Mario Narducci

25 Ausili Didattici

Leggere e fare

- 26 Prevenzione dell'emorragia tardiva
del neonato con vitamina K
Silvia Malguzzi et al.

Esperienze

- 29 Prevenzione dell'emorragia tardiva
del neonato con vitamina K.
Una esperienza di rapporti
ospedale-territorio
Pasquale Causa, Stefania Manetti

Narrative Medicine

- 31 Anna e la biopsia che non ci aiuta
Federica Zanetto, Michele Gangemi

Il caso che insegna

- 33 Lucia e Marco non crescono
Roberto Lala et al.

Saper fare

- 35 La prima comunicazione di handicap
o di malattia cronica
Doriana Chiuchiù
39 L'esame coproparassitologico
nei bambini. Indicazioni
e indagini raccomandate
Daniele Crotti et al.

Il punto su

- 43 Come affrontare la stipsi funzionale
Sergio Amarri, Nadia Burgoni

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) 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
January-February 2005; 12(1)

1 Editorial

Born to Read and Born for Music:
an opportunity not to waste talents
Rita Valentino Merletti, Paolo Cascio

3 Public Health

Equity in the delivery of inpatient care
in Europe and Italy
Cristina Masseria, Francesco Paolucci

8 Vaccinacipi

Influenza is coming, keep an eye on it
Luisella Grandori

9 Movies

10 Meeting synopses

12 Born to read

Born to Read and GlaxoSmithKline

16 Books

18 Info

20 ACP news

Changing the prescription normative
for growth hormone. An ACP proposal

22 Letters

25 Didactic support

26 From literature to practice

Vitamin K prophylaxis in the neonatal period:
evidence and controversies
Silvia Malguzzi et al.

29 Personal Accounts

Prevention of late hemorrhagic disease
of newborn with vitamin K
Pasquale Causa, Stefania Manetti

31 Narrative Medicine

Anna and the lack of aid from a biopsy
Federica Zanetto, Michele Gangemi

33 Learning from a case

Lucia and Marco aren't growing
Roberto Lala et al.

35 Update to practice

35 The first communication of chronic disease
or disability
Doriana Chiuchii
39 Parasitic stool investigation methods
in children
Daniele Crotti et al.

43 Appraisals

How to tackle with functional constipation
Sergio Amarri, Nadia Burgoni

Quaderni acp

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

Direttore

Giancarlo Biasini

Direttore responsabile

Franco Dessi

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
e-mail: red@quaderniacp.it

Indirizzi

Amministrazione

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

Direttore

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

Ufficio soci

via Nulvi 27, 07100 Sassari
Cell. 3332562649, Fax 0793027471
e-mail: ufficioci@tiscali.it

Stampa

Stilgraf
viale Angeloni 407, 47023 Cesena
Tel. 0547610201
e-mail: info@stilgrafcesena.191.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
un "Suonatore di liuto", Caravaggio
1595-1596, olio su tela, cm 94x119.
San Pietroburgo, Ermitage.

NORME REDAZIONALI 2005. Sulla rivista possono essere pubblicati articoli che riguardino argomenti che siano di ausilio alla professione del pediatra: ricerche svolte nell'area delle cure primarie, casi clinici educativi, scenari clinici affrontati con la metodologia EBM o mediante le modalità della medicina narrativa, messe a punto su problemi di importanza generale e di ricerca avanzata, schede informative per genitori. Sono inoltre accettati articoli di politica sanitaria, di riflessione sul lavoro e sull'impegno professionale del pediatra, su particolari esperienze professionali.

I testi devono pervenire alla redazione via e-mail o via posta (si veda nel colophon) su dischetto composti in Times New Roman corpo 12 e con pagine numerate. Le tabelle vanno a parte e non incorporate nel testo. Gli articoli devono essere corredati di un riassunto in italiano e in inglese di 500-800 battute e di 5 parole chiave sempre in italiano e inglese. Va tradotto anche il titolo. Degli AA va indicata la Sede/Istituto/Ente/Centro in cui lavorano. Va segnalato l'e-mail dell'A indicato per la corrispondenza. Il riassunto in inglese potrà essere modificato a giudizio della redazione. La direzione si riserva il diritto di modificare il titolo e i sottotitoli dell'articolo. Il numero delle battute per gli scenari clinici, i casi clinici, e le messe a punto non potrà superare le 12.000 compresi i riassunti. Per gli altri contributi il numero delle battute non potrà superare le 15.000 salvo accordi con la redazione. Le lettere non devono superare le 2500 battute; qualora siano di dimensioni superiori possono essere ridotte dalla redazione. Chi non è disponibile ad accettare la riduzione è pregato di specificarlo nel testo. I lavori pervenuti saranno sottoposti alla valutazione della redazione e/o ad almeno due revisori. Il giudizio verrà trasmesso agli autori in tempo ragionevole. Nulla è dovuto alla rivista per la pubblicazione. Non si forniscono estratti. La bibliografia deve essere elencata, con i numeri fra parentesi inseriti nel testo nell'ordine in cui viene citata; dovrà essere conforme alle norme pubblicate dell'Index Medicus e deve essere redatta tutta in caratteri tondi.

Quando gli autori siano più di tre vanno elencati i primi tre seguiti da et al.

Esempio per le riviste: Corchia C, Scarpelli G. La mortalità infantile nel 1997. Quaderni acp 2002;5:10-4.

Esempio per i testi: Bonati M, Impicciatore P, Pandolfini C. La febbre e la tosse nel bambino. Il Pensiero Scientifico Ed, Roma 1998.

NATI PER LEGGERE e NATI PER LA MUSICA

L'opportunità di non disperdere talenti

Rita Valentino Merletti, Studiosa di letteratura per l'Infanzia, Torino
Paolo Cascio, Musicologo

Parole chiave Musica e sviluppo del bambino. Percezione del suono. Educazione musicale dei bambini

“La musica ascoltata presto nella vita lascia una spessa coltre di ricordi ed è sulla base di questa che si valuta e si assorbe la musica incontrata più tardi. Ciascuno strato aggiunge qualcosa alla ricchezza dell'esperienza musicale, contiene le aspettative che governeranno i gusti per la musica futura e forse cambiano ciò che si prova per la musica che già si conosce. Certi schemi armonici si installano nella coscienza e creano un desiderio di ripetizione, così da poter rivivere quel piacevole turbamento dell'anima. È la stessa cosa con le parole e gli schemi verbali. Si accumulano in strati e a mano a mano che gli strati si ispessiscono governano tutto l'uso e l'apprezzamento del linguaggio che viene dopo” (1).

È ormai risaputo che il nascituro, già dopo il quinto mese di vita intrauterina, può percepire suoni che provengono dall'interno e dall'esterno del corpo della madre. Fin dai primissimi mesi di vita il neonato reagisce, risponde, ricorda, addirittura riproduce schemi sonori che ha incontrato con frequenza prima e dopo la nascita. È superfluo infine ribadire quanto positivo risulti essere un approccio precoce all'educazione al suono quale veicolo del linguaggio musicale, capace di costruire e organizzare connessioni neurali, facilitare l'espressione di idee ed emozioni, favorire la socializzazione; e ricoprire un ruolo terapeutico nel trattamento di particolari patologie oltre che svolgere una insostituibile funzione estetica. La naturale predisposizione all'ascolto non basta tuttavia per trarre dalla musica i benefici effetti che le sono rico-

nosciuti: anche nel caso dell'apprendimento musicale non si può e non si deve confidare solo in un apprendimento spontaneo, né lo si può considerare sufficiente. Tanto più oggi, quando gli stimoli sonori provenienti dall'ambiente circostante sono così numerosi e invasivi da divenire presenze inquinanti e nocive. Sempre più aumenta, negli educatori, la consapevolezza che la crescita e il moltiplicarsi delle capacità di cui siamo dotati

Quaderni acp
dedicherà le copertine
del 2005 a
“I bambini e la musica”.
Alla scelta delle immagini
ha collaborato
Maddalena Patella,
insegnante di musica
e segretaria della
Società Italiana per
l'Educazione Musicale

alla nascita richiedano cura e attenzione, buoni orientamenti e risorse adeguate. Nelle popolazioni in cui la musica è parte integrante della vita quotidiana, i bambini imparano a cantare così come imparano a parlare. È il caso, ad esempio, degli Anang della Nigeria che educano alla musica i loro figli già dalla prima settimana di vita. A cinque anni questi bambini sanno cantare a memoria centinaia di canzoni, sanno suonare diverse percussioni e creare piccole melodie. Non è questo il caso dell'Italia, Paese nel quale l'educazione musicale dei bambini e dei giovani non è considerata una priorità. Se poco lo è stata in passato tanto meno lo è oggi, nonostante molte petizioni e molte promesse. In Italia “normale” è che a sei-sette anni molti bambini non

abbiano ancora conseguito un coordinamento audio-vocale idoneo, risultando così “stonati” a causa di stimoli inadeguati, condizionamenti psicologici, ambienti familiari poco ricettivi (2). Troppo spesso, ad esempio, in assenza di adeguate valutazioni, centinaia di bambini vengono dichiarati “privi di talento” mentre, in realtà, sarebbe opportuno chiedersi da dove scaturisca questa presunta carenza. C'è mai stata volontà di far veramente ascoltare musica? Quale funzione è stata attribuita alla musica? Solo quella di costante “tappezzeria sonora” fornita dalla televisione? Si è mai cantato dinanzi a lui e con lui? Si sono recitate filastrocche o ninne nanne? Quale importanza è data a questa educazione “informale” che tanto profitto manifesta nell'educazione dei bambini nigeriani? (3). Ancora: quali modelli assumere per una corretta impostazione di educazione musicale? Un esempio ci viene fornito dai Paesi nord-europei e in special modo dalla Finlandia, paese che assegna la massima attenzione all'educazione informale, intesa come una serie di stimoli, interventi e incentivi provenienti dalla famiglia e dai soggetti vicini al nucleo familiare: insegnare canzoni, filastrocche, giochi di motricità legati a eventi sonori, proposte di imitazioni ritmico-melodiche, ancora più semplicemente predisporre all'ascolto mediante l'abitudine a raccontare o a leggere ad alta voce fiabe e leggende popolari. Espedienti che trovano terreno fertile nelle abitudini culturali finlandesi, improntate sulla trasmissione del patrimonio etnico-folklorico, musicale in particolar modo, per una continuità delle tradizioni e per la costruzione di una comunità riconoscibile su comuni denominatori. Oltre all'educazione informale, quella istituzionale è modellata per sostenere questi principi. Nel campo

Per corrispondenza:
Rita Valentino Merletti
e-mail: rita.valentino@fastwebnet.it

editoriale

musicale in particolare, in Finlandia, già nella prima età, lo studio musicale comprende un "sapere" e un "saper fare" orientati allo sviluppo della musicalità generale, per tutti, senza porsi il problema se quell'allievo diventerà un musicista. È ciò che da noi si chiama educazione musicale, presente istituzionalmente solo nel ciclo delle scuole medie inferiori; in Finlandia, invece, disciplina curriculare in tutti i gradi della formazione, intesa come materia dai molteplici effetti positivi, tra i quali lo sviluppo e l'articolazione dell'immaginazione, del pensiero critico, creativo, e delle capacità comunicative e relazionali. Nella formazione universitaria le cose non cambiano.

Condizionate anche da ragioni storiche, le università offrono la formazione pratica e quella teorica, articolando piani di studio integrati, in parallelo con i conservatori intesi come "università di specializzazione" per la formazione tecnica. Grazie alla globalizzazione veniamo solo ora a conoscenza dei risultati di una impostazione di questo tipo. Numerosi sono i musicisti finlandesi che arrivano a dirigere, giovanissimi, le nostre orchestre o a suonare con loro: John Storgards, Leif Ove Andsnes, Kristjan Jarvi, Mikko Franck e, ultimo arrivato, Pietari Inkinen (direttore d'orchestra, classe 1980); nomi che, in Italia, hanno già riscosso unanimi consensi. Non è superfluo sottolineare che l'ordinamento scolastico finlandese (che prevede, sia detto per inciso, l'ingresso a scuola all'età di sette anni) non si limita a produrre frutti solo in campo musicale. La Finlandia primeggia nelle più svariate classifiche: reddito pro capite, competitività, consumo culturale, credibilità scientifica, ecc. ecc. E non sorprendono i risultati che gli studenti adolescenti sono in grado di ottenere nei test comparativi con studenti europei ed extraeuropei. I ragazzi finlandesi, da anni, sbaragliano ogni concorrente sia nelle prove linguistiche che in quelle logico-matematiche (4). C'è da credere che l'educazione "informale" che permea i primi sette anni della vita dei bambini finlandesi abbia qualcosa a che fare con questi risultati. Dosi massicce di ora-

lità, musica, gioco creativo: tre potenti strumenti per coltivare tre fondamentali tipi di intelligenza delle nove individuate, nei primi anni Ottanta, dall'americano Howard Gardner (5) che ancor oggi permea l'impostazione pedagogica dei Paesi culturalmente più avanzati. È interessante notare come proprio a metà degli anni Ottanta e sulla scia dei molti studi contemporanei a quelli di Gardner prendevano forma, negli Stati Uniti i progetti Reach Out And Read e Born To Read.

Sappiamo quanto sia cruciale l'intervento dei pediatri per promuovere e sostenere presso le famiglie quel complesso di attività che mirano a sviluppare precocemente il potenziale linguistico del bambino e la sua "intelligenza linguistica". Altrettanto importante sarebbe promuovere la precoce educazione musicale. Certo, il compito è ancora più complesso perché manca, in Italia, in campo musicale, una rete di sostegno che, nel caso del progetto "Nati per Leggere", è costituita dalle biblioteche.

Per l'educazione musicale esistono però, in Italia, miriadi di iniziative, esempi di attività che vedono coinvolte persone animate da profonda passione e competenza. Si tratterebbe, in una fase iniziale, quanto meno di censirle, di metterle in comunicazione tra loro, suggerendo un primo nucleo di iniziativa comune che, proprio come nel caso del progetto "Nati per Leggere", miri a raggiungere i genitori, con un'opera di informazione e di appassionato coinvolgimento. Si chiede troppo? ♦

Bibliografia

- (1) MacNeil R Wordstruck. Penguin Books, 1989 p. 23 (traduzione di Rita Valentino Merletti).
- (2) Tafuri J. Doti musicali e problemi educativi. In: Il sapere musicale. Torino, Einaudi, 2002.
- (3) Tafuri J, Baldi G. Tracce di stile nelle improvvisazioni musicali di bambini di 10 anni. In: La ricerca per l'educazione musicale, "Quaderni della SIEM" 2000;16:37-43.
- (4) Si vedano i dati resi disponibili dall'OEDC (Organization for Economic Cooperation and Development, http://www.oecd.org/about/0,2337,en_2649_201185_1_1_1_1_1_00.html) in relazione al programma PISA (Programme for International Student Assessment).
- (5) Tradotto in Italia con il titolo *Formae mentis*. Saggio sulla pluralità dell'intelligenza. Feltrinelli, Milano, 1987 (titolo originale *Frames of Mind*, 1983).

IL MAREMOTO E I POPOLI MENO EGUALI DEGLI ALTRI

Oltre alle 150.000 persone che hanno perso la vita nell'Oceano Indiano per la furia dello tsunami c'è attualmente il rischio di un imponente seguito di malattie. L'OMS stima che ci siano 5 milioni di persone senza accesso ai servizi di base e fra questi acqua e cibo. Oltre 2 milioni hanno perduto la casa; 1 milione e mezzo di bambini è rimasto orfano o è stato separato dai genitori.

Ma la catastrofe dell'Oceano Indiano è tornata ad insegnarci che la natura non è sempre "innocente"; è capace di distruggere e di uccidere più di quanto non abbiano fatto migliaia di bombe tipo Nagasaki e Hiroshima. Esattamente come aveva fatto con Pompei ed Ercolano duemila anni fa. La "non innocenza" della natura era perfettamente nota alle popolazioni antiche: con gli animali si sono salvate le tribù antiche delle Andamane nel Golfo del Bengala. Il XX secolo ha attirato la nostra attenzione sui rischi del progresso, dello sviluppo e della tecnologia. Ma sono state la tecnologia e l'istruzione delle popolazioni a salvare l'Oceano Pacifico dagli tsunami che interessano appunto il Pacifico nell'80 per cento dei casi. La mancanza della tecnologia, invece, ha ucciso centinaia di migliaia di persone nell'Oceano Indiano: basta pensare che l'India e lo Sri Lanka hanno avuto l'ondata ben 2 ore dopo il sisma subacqueo. Si sono avute una serie di trascuratezze, di sottovalutazioni, di errori che dimostrano che ci sono due mondi distinti, incapaci di comunicare a dispetto di satelliti e reti informatiche. I sismologi americani hanno rilevato l'epicentro del terremoto appena 20 minuti dopo l'evento e hanno comunicato il rischio alle "loro" coste del Pacifico, ma non ai colleghi indiani e indonesiani; questi ultimi avevano sottovalutato la forza del terremoto; l'esercito indiano aveva visto sommersa la propria base nelle isole Car Nicobar senza dare l'allarme. C'è dunque un mondo sempre più diviso sulla base di come le conoscenze scientifiche sono applicate a tutela dei popoli. Un mondo diviso fra il Nord e il Sud, dove si muore per malattie prevenibili; fra l'Ovest e l'Est degli Oceani, dove si muore per conseguenze prevenibili di eventi naturali. In questa divisione hanno un ruolo gli scienziati, hanno un ruolo i politici. La solidarietà della gente è stata immediata e generosa tanto da porre in difficoltà la distribuzione degli effetti della generosità. Ora è necessario che quella stessa gente chieda ai governi dei Paesi "ricchi" un contributo (il sistema di allarme costerebbe, una volta installato nell'Oceano Indiano, 100.000 euro per anno e la sua installazione 25 milioni di euro) al rispetto della vita umana e perché non ci siano popoli meno eguali degli altri.

gc.b.

Equità nell'accesso ai ricoveri ospedalieri in Europa e in Italia

Cristina Masseria, Francesco Paolucci
Institute of Health Policy and Management, Erasmus University Rotterdam

Abstract

Equity in the delivery of inpatient care in Europe and Italy

Income-related horizontal inequity in hospital admissions is estimated in twelve European countries. Pooled data of the EHCS for five years (1994-1998) are used to estimate and compare inequity indices. In most EU member states, after standardizing for need differences, the better off are more likely to be admitted to hospitals than the poor, and significantly so in Portugal, Greece, Austria, Italy, Ireland, Germany and France. Regional disparities in hospital supply also plays a role in the measured degree of inequity, in particular, in Italy and Spain. For the former we studied more deeply this phenomenon by using the Multiscopo ISTAT survey. The analysis confirms that people living in the North of Italy have a higher probability of being hospitalized than their counterparts and enjoy better quality of care. To make it worse, in the South people tend more intensively to move to other regions to receive hospital care.

Quaderni acp 2005; 12(1): 3-7

Key words Hospital admission in Europe. Regional disparities in Italy

In questo articolo vengono stimati gli indici di "Income-related horizontal inequity" riguardanti l'accesso ospedaliero in dodici paesi Europei, utilizzando i dati dell'EHCS (1994-1998). Nella maggior parte dei paesi della EU, gli individui più ricchi hanno maggior probabilità di essere ammessi nelle strutture ospedaliere rispetto ai soggetti meno abbienti. Questo risultato è particolarmente importante in Portogallo, Grecia, Austria, Italia, Irlanda, Germania e Francia. Oltre al reddito, l'eterogenità nell'offerta di ospedali tra regioni gioca un ruolo importante nella misurazione del grado di ineguaglianza nell'accesso ospedaliero, in particolare in Italia e in Spagna. Per quanto riguarda l'Italia analizziamo le disparità regionali nel dettaglio, utilizzando i dati del questionario "Multiscopo". Tale analisi conferma che gli abitanti delle regioni settentrionali hanno una maggiore probabilità di essere ospedalizzati dei soggetti abitanti nelle regioni meridionali, a parità di bisogni, e usufruiscono di un trattamento sanitario qualitativamente superiore. Inoltre, gli abitanti delle regioni meridionali tendono a spostarsi con maggiore frequenza in altre regioni per essere ospedalizzati.

Parole chiave Ricoveri ospedalieri in Europa. Diseguaglianze regionali italiane. Diseguaglianze economiche

1. Introduzione

L'equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie è uno dei principi fondamentali su cui si fondano i diversi sistemi sanitari europei. Tutti i cittadini con i medesimi livelli di bisogno dovrebbero godere della stessa probabilità di essere visitati da un medico o di essere ricoverati in ospedale. Fattori socio-economici, come il reddito, l'educazione e la regione di residenza, non dovrebbero influenzare il livello e la qualità delle cure sanitarie ricevute.

Sebbene la maggior parte dei servizi sia garantita a tutti i cittadini gratuitamente o

a costi ridotti, il finanziamento e l'offerta di prestazioni sanitarie variano notevolmente da Paese a Paese. Negli ultimi anni, tutti i sistemi sanitari, sebbene con differente enfasi, hanno introdotto misure preposte alla riduzione del deficit sanitario. L'aumento del numero degli anziani, l'introduzione di nuove e costose tecnologie, l'aumento della domanda di servizi di "lusso" hanno condotto alcuni governi europei a riconsiderare la possibilità di aumentare la partecipazione individuale al finanziamento della sanità per esempio attraverso l'introduzione di assicurazioni private.

Precedenti lavori hanno evidenziato come, in tutti i Paesi europei, per l'accesso alle visite specialistiche vi sia inequità a favore dei pazienti più ricchi, mentre per le visite ai medici di base, qualora vi sia inequità, questa è a favore delle classi di reddito più svantaggiate.

Il tema dell'equità nei ricoveri ospedalieri è stato trattato solo marginalmente in letteratura e il quadro che emerge risulta abbastanza positivo; infatti nessun livello di inequità è stato individuato nel caso di prestazioni ospedaliere. Questo risultato può certamente essere considerato rassicurante, giacché la spesa ospedaliere rappresenta la parte predominante nei bilanci sanitari (in alcuni Paesi più del 50% della spesa sanitaria è destinata a coprire il settore ospedaliero). Tuttavia, tali risultati sono da valutare con cautela poiché la stima dei bisogni della popolazione nel caso dei servizi ospedalieri potrebbe mancare di consistenza (*lack of power*) per le seguenti due motivazioni: il ricovero è un fenomeno raro e la sua distribuzione è particolarmente *skewed*.

L'obiettivo di questo articolo è quello di analizzare il livello di equità rispetto al reddito nell'accesso ai ricoveri ospedalieri utilizzando un modello panel (dal 1994 al 1998). In questo modo, è infatti possibile neutralizzare il problema della consistenza nelle stime econometriche. Violazioni del principio di equità sono testate in 12 Paesi membri della Comunità Europea: Austria, Belgio, Danimarca, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Olanda, Portogallo, Regno Unito e Spagna. Per i dati abbiamo utilizzato la banca dati Eurostat (1) che dal 1994 colleziona dati per un elevato numero di Paesi europei. Una particolare attenzione è rivolta al caso dell'Italia e all'analisi delle differenze regionali. Per l'analisi del caso italiano i risultati sono stati ottenuti utilizzando anche l'indagine ISTAT Multiscopo per il 1999-2000. Per queste ultime stime il reddito è stato imputato

Per corrispondenza:
Francesco Paolucci
e-mail: fpaolucci@yahoo.it

utilizzando i dati Eurostat per il 2000, poiché nella Multiscopo non era presente alcuna domanda riguardante il reddito.

2. L'indice di equità orizzontale

Per garantire che vi sia equità orizzontale nell'accesso ai ricoveri ospedalieri, le risorse devono essere distribuite a seconda dei bisogni della popolazione e variabili socio-economiche come il reddito non devono influenzare tale distribuzione (4). È quindi necessario testare che individui con medesimi bisogni, ma diversi livelli di reddito, abbiano la stessa probabilità di essere ricoverati in ospedale.

L'indice di equità orizzontale (HI) è stato costruito utilizzando un approccio indiretto di standardizzazione, come proposto da Wagstaff e van Doorslaer (2). Questo indice è definito come la differenza tra il grado di disuguaglianza nell'accesso attuale alle prestazioni ospedaliere (CM) e il grado di disuguaglianza stimato sulla base dei bisogni della popolazione (CN). I bisogni della popolazione sono stati misurati utilizzando un modello probit. Per le stime europee i dati sono stati raccolti per cinque anni (dal 1994 al 1998) e si è effettuata un'analisi panel. L'indice così come derivato misura il grado di equità del sistema: quando è uguale a zero, si ipotizza che vi sia equità nell'accesso alle prestazioni ospedaliere; quando è maggiore di zero, vi è inequità e a favore delle classi più ricche; se è minore di zero, l'inequità è a favore delle classi più povere.

È, inoltre, possibile decomporre l'indice di equità orizzontale (per una descrizione della metodologia vedere Wagstaff et al.) (3). Questa metodologia permette di individuare il contributo dei diversi fattori socio-economici al totale livello di inequità. Il contributo di ogni singola variabile dipende da due fattori (**a** moltiplicato **b**): **a**, l'effetto della variabile sulla probabilità di essere ricoverato in ospedale; **b**, la sua distribuzione rispetto al reddito¹.

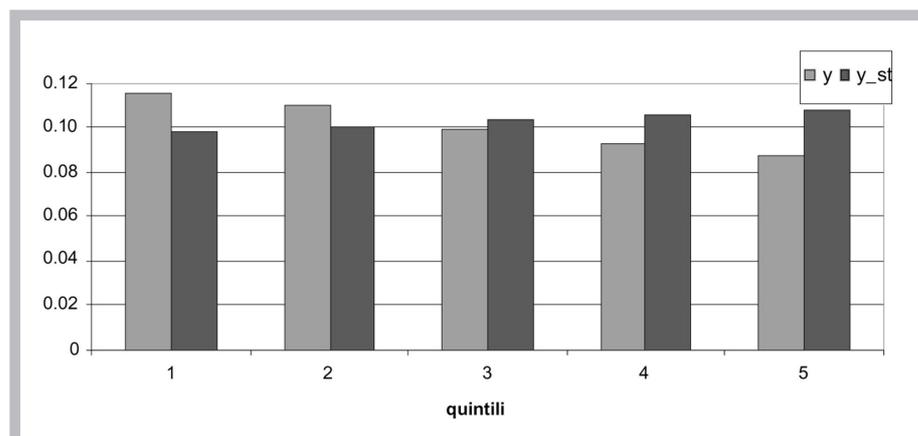
3. Equità nei ricoveri ospedalieri in Europa

In Europa, gli individui a più basso reddito hanno una maggiore probabilità di essere ricoverati in ospedale (periodo di riferimento 12 mesi). L'indice di concentrazione (CM) è negativo e statisticamente significativo (tabella 1) in tutti i Paesi europei analizzati, ad eccezione dell'Italia (non statisticamente signifi-

TABELLA 1: INDICI DI CONCENTRAZIONE ATTUALE E STANDARDIZZATO E INDICE DI EQUITÀ ORIZZONTALE HI

Paesi	CM	CN	HI	t(HI)	Wald regioni
Austria	-0.025	-0.058	0.050	3.990	0.000
Belgio	-0.098	-0.073	-0.025	-1.990	0.001
Danimarca	-0.091	-0.097	0.006	0.430	
Francia	-0.038	-0.061	0.023	2.520	0.009
Germania	-0.021	-0.054	0.033	3.010	
Grecia	-0.103	-0.159	0.055	4.580	0.648
Irlanda	-0.057	-0.092	0.036	6.060	0.009
Italia	-0.004	-0.054	0.050	2.570	0.000
Olanda	-0.062	-0.055	-0.008	-0.660	
Portogallo	-0.061	-0.135	0.074	4.600	0.000
Regno Unito	-0.093	-0.089	-0.003	-0.260	
Spagna	-0.038	-0.054	0.016	1.260	0.001

FIGURA 1: DISTRIBUZIONE MEDIA EUROPEA ATTUALE (Y) E STANDARDIZZATA (Y_ST) DEI RICOVERI OSPEDALIERI PER QUINTILE DI REDDITO



tivo). Tuttavia i bisogni non sono equamente distribuiti nella popolazione; è, quindi, necessario confrontare la distribuzione delle prestazioni ospedaliere con i bisogni della popolazione. In media gli individui più poveri hanno un maggiore bisogno di cure sanitarie.

La distribuzione media europea attuale e standardizzata di prestazioni ospedaliere, varia tra quintili di reddito (figura 1). Mentre la prima si riduce all'aumentare del reddito, la seconda, stimata in base ai bisogni della popolazione, aumenta. Confrontando gli indici di concentrazione CM e CN (tabella 1) risulta evidente come in tutti i paesi, tranne il Belgio, l'Olanda e l'Inghilterra, la probabilità di essere ricoverati sarebbe dovuta essere superiore a quella attuale per gli individui a basso reddito. L'indice di equità orizzontale risulta infatti essere positivo per tutti i restanti nove Paesi, segnalando

la presenza di un livello di inequità a favore degli individui più ricchi; in sette Paesi l'indice è anche statisticamente significativo. Il grado di inequità nei ricoveri ospedalieri è preoccupante in Portogallo (0.074), Grecia (0.055), Italia (0.050), Austria (0.050) e Irlanda (0.036). In tutti questi Paesi, ad eccezione dell'Austria, i medici hanno la possibilità di offrire prestazioni private all'interno del sistema ospedaliero pubblico. Sembra quindi emergere un quadro in cui il sistema sanitario stesso incoraggia azioni che possono causare un aumento del livello totale di inequità. Il Belgio è l'unico Paese in cui l'indice di equità orizzontale è negativo e statisticamente significativo, suggerendo che la probabilità di ricevere cure ospedaliere è maggiore per i pazienti più poveri anche dopo aver standardizzato per i bisogni della popolazione.

TABELLA 2: INDICE DI CONCENTRAZIONE E CONTRIBUTO DI OGNI REGIONE AL LIVELLO TOTALE DI EQUITÀ

Regioni	Austria		Belgio		Francia		Grecia		Irlanda		Italia		Portogallo		Spagna	
	CI	%Con/HI	CI	%Con/HI	CI	%Con/HI	CI	%Con/HI	CI	%Con/HI	CI	%Con/HI	CI	%Con/HI	CI	%Con/HI
r 2	0.067	-0.135	0.006	-0.028	-0.077	0.031	-0.033	0.007	-0.054	-0.151	0.147	-0.014	0.018	0.046	0.120	-0.032
r 3	-0.100	0.070	-0.038	0.072	-0.177	-0.027	-0.141	0.012	0.098	0.003	0.125	0.018	0.002	0.005	-0.099	0.120
r 4					0.022	0.010	0.200	-0.069			0.281	0.026			-0.212	0.193
r 5					-0.073	-0.004					0.048	-0.007			0.121	0.040
r 6					-0.083	0.010					0.090	-0.008			-0.198	0.325
r 7					0.002	-0.001					-0.016	0.000			-0.236	0.074
r 8					-0.055	-0.002					-0.234	0.036				
r 9											-0.220	0.072				
r10											-0.227	0.071				
r11											-0.211	0.020				

Codici regionali: **Austria:** r1 ovest, r2 est, r3 sud. **Belgio:** r1 Brussels, r2 Flemish, r3 Walloon. **Francia:** r1 Ile de France, r2 Bassin Parisien, r3 nord, r4 est, r5 ovest, r6 sud-ovest, r7 centro, r8 Mediterraneo. **Grecia:** r1 Kentriki, r2 Nisia, r3 Voreia, r4 Attiki. **Irlanda:** r1 Dublino, r2 il resto, r4 senza risposta. **Italia:** r1 Lombardia, r2 nord-ovest, r3 nord-est, r4 Emilia, r5 Lazio, r6 centro, r7, Abruzzo e Molise, r8 sud, r9 Campania, r10 Sicilia, r11 Sardegna. **Portogallo:** r1 Portogallo senza isole, r2 Madeira, r3 Acores. **Spagna:** r1 Madrid, r2 nord-est, r3 nord-ovest, r4 centro, r5 est, r6 sud, r7 Canarie.

3.1. Differenze regionali

Differenze regionali nell'offerta di prestazioni sanitarie possono influenzare il livello di equità complessivo del sistema. Le regioni più ricche possono godere di infrastrutture tecnologicamente avanzate e attirare medici maggiormente qualificati; anche il numero di posti letto e di personale medico può variare a livello regionale. Si è quindi ritenuto opportuno stimare il contributo delle diverse regioni. Per la Danimarca, la Germania, l'Olanda e la Gran Bretagna non è stato possibile effettuare l'analisi regionale.

Nonostante l'informazione a livello regionale sia scadente in molti Paesi europei, le *dummy* regionali giocano un ruolo particolarmente significativo nella distribuzione dei servizi sanitari. In tutti paesi, ad eccezione della Grecia², il Wald test rifiuta l'ipotesi che l'effetto congiunto delle regioni sia zero (*tabella 1*). Per analizzare più in dettaglio il contributo delle varie regioni al livello di inequità del sistema si è decomposto l'indice di equità orizzontale, come proposto da Wagstaff et al. (4). Nella *tabella 2* riportiamo sia il contributo delle varie regioni al livello di inequità (% Con/HI) sia l'indice di concentrazione (CI) di ogni singola regione al fine di differenziare le regioni più ricche da quelle più povere. In Italia, le regioni del sud e le isole sono più povere e, a parità di bisogni, presentano anche una minore probabilità di

essere ricoverati in ospedale; infatti il loro contributo al livello di inequità è positivo. In Spagna, le isole Canarie, il sud, il nord-ovest e il centro sono le regioni più povere e ancora una volta gli abitanti di queste regioni godono di un minor livello di prestazioni ospedaliere. In Belgio, la regione Vallonia sembra contribuire in modo significativo al livello complessivo di inequità che in questo caso è a favore dei più poveri. In Irlanda, è stato possibile differenziare solo gli individui che vivono a Dublino da tutti gli altri. Data la distribuzione dei servizi sanitari in questo Paese così come per la Grecia e il Portogallo sarebbe interessante differenziare le aree urbane da quelle rurali. I costi, monetari e non, per coloro che non vivono nelle grandi città risultano infatti essere notevolmente più elevati. Tuttavia, in questi tre Paesi il livello di informazione per regioni è minimo.

In conclusione, possiamo affermare che le regioni sembrano giocare un ruolo significativo nella distribuzione delle risorse sanitarie e sul livello di equità complessivo del sistema. Data la portata di questi risultati, si è deciso di approfondire l'analisi regionale per l'Italia.

4. Il ruolo delle regioni e le scelte relative alla localizzazione dell'ospedale in Italia

L'indagine Multiscopo ci ha dato la possibilità di valutare, con maggiore preci-

sione, il ruolo di tutte le venti regioni italiane. Tuttavia, l'indagine manca di importanti dati sul reddito, il che complica l'analisi statistica. Per risolvere questo problema, abbiamo imputato i dati sul reddito utilizzando la banca dati Eurostat. Inoltre, il periodo di riferimento nel caso di ricoveri ospedalieri è tre mesi e non dodici mesi. Tre mesi potrebbe essere una finestra di tempo troppo piccola per valutare adeguatamente il livello di uguaglianza e equità nei ricoveri ospedalieri³.

Combinando i dati Istat con quelli della Multiscopo, è possibile analizzare la relazione tra il numero di posti letto, il personale medico, il livello di soddisfazione e la distribuzione del reddito tra regioni (*tabella 3*). Il sud e le isole si confermano essere le regioni più povere. Le regioni più ricche sembrano avere maggiore possibilità di attirare personale medico, di offrire un maggior numero di posti letto e di garantire una gamma di servizi ospedalieri a più elevata qualità. Infatti, il livello di soddisfazione per le prestazioni ospedaliere ricevute nel nord è maggiore di quello registrato nel sud. Sembra esistere un vero gradiente nord-sud per quanto riguarda il numero di personale medico e il livello di soddisfazione.

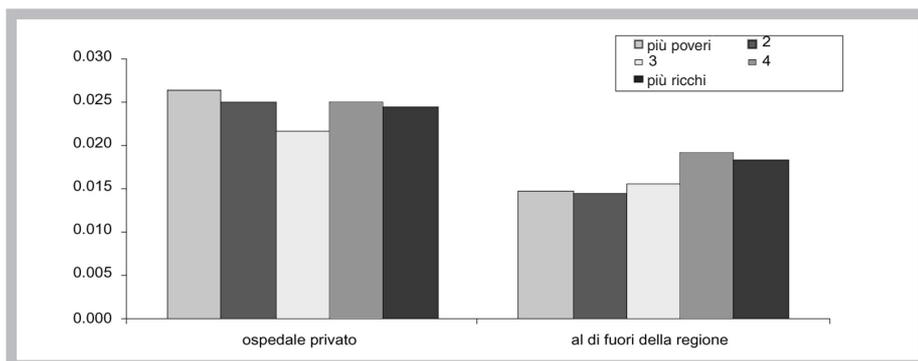
Le differenze regionali in Italia possono influire notevolmente sul livello globale

TABELLA 3: DISPONIBILITÀ DI PERSONALE MEDICO, POSTI LETTO, LIVELLO DI SODDISFAZIONE E DISTRIBUZIONE DEL REDDITO TRA REGIONI

Regioni	Posti letto	Personale medico	Soddisfazione	CI
Piemonte	4.68	117.50	46.50	0.09
ValleAosta	3.71	11.23	41.70	0.12
Lombardia	4.84	125.62	39.63	0.08
Trentino	4.98	121.86	63.13	0.05
Veneto	4.69	108.57	36.10	0.01
Friuli	4.97	130.60	57.07	0.07
Liguria	4.82	122.78	34.23	0.08
Emilia	4.70	109.18	46.77	0.11
Toscana	4.41	105.79	39.53	0.04
Umbria	3.85	93.27	36.20	0.04
Marche	4.71	98.23	26.60	0.03
Abruzzo	4.19	106.82	20.70	-0.05
Molise	4.50	93.26	20.47	-0.04
Campania	3.46	82.51	20.77	-0.15
Puglia	4.22	91.51	17.13	-0.11
Basilicata	4.06	74.79	20.37	-0.10
Calabria	4.40	88.83	20.87	-0.13
Sicilia	3.67	85.32	17.37	-0.13
Sardegna	4.98	92.83	29.33	-0.15

TABELLA 4: DECISIONI RELATIVE AL TIPO DI OSPEDALE E AL LUOGO DI RICOVERO (VALORI PERCENTUALI)

Regioni	Tipo di ospedale			Localizzazione		
	Pubblico	Accreditato	Privato	Provincia	Regione	Altrove
Piemonte	0.89	0.08	0.03	0.79	0.10	0.11
Valle d'Aosta	0.88	0.09	0.03	0.69	0.00	0.31
Lombardia	0.84	0.15	0.01	0.90	0.07	0.03
Bolzano	0.87	0.09	0.04	0.93	0.01	0.06
Trentino	0.87	0.12	0.01	0.82	0.05	0.13
Veneto	0.89	0.10	0.02	0.82	0.10	0.08
Friuli	0.91	0.07	0.01	0.87	0.09	0.04
Liguria	0.96	0.01	0.02	0.86	0.07	0.07
Emilia	0.85	0.14	0.01	0.88	0.06	0.05
Toscana	0.94	0.04	0.02	0.81	0.14	0.04
Umbria	0.94	0.05	0.01	0.83	0.08	0.09
Marche	0.91	0.09	0.01	0.84	0.10	0.06
Lazio	0.88	0.11	0.01	0.89	0.08	0.04
Abruzzo	0.87	0.12	0.01	0.83	0.09	0.07
Molise	0.88	0.11	0.01	0.80	0.04	0.16
Campania	0.83	0.16	0.01	0.85	0.07	0.08
Puglia	0.91	0.09	0.00	0.83	0.08	0.09
Basilicata	0.95	0.04	0.01	0.74	0.06	0.20
Calabria	0.73	0.26	0.00	0.79	0.03	0.18
Sicilia	0.87	0.11	0.02	0.88	0.06	0.06
Sardegna	0.83	0.17	0.00	0.89	0.09	0.02

FIGURA 2: RELAZIONE TRA IL LIVELLO DI REDDITO E LA SCELTA RELATIVA AL TIPO DI OSPEDALE E ALLA LOCALIZZAZIONE

di equità nell'accesso ai servizi sanitari, in quanto tutti i cittadini sono liberi di scegliere tra ospedali pubblici e accreditati situati sia nella propria ASL di competenza sia altrove sul territorio nazionale. I dati della Multiscopo evidenziano che, nonostante la maggior parte degli intervistati abbia preferito gli ospedali pubblici (87.2% degli intervistati) localizzati nella propria regione di residenza (86%), vi sono significative differenze tra regioni.

La percentuale degli intervistati che hanno deciso di farsi ricoverare in ospedali accreditati è maggiore nel sud e nelle isole (tabella 4). In Calabria il 26% dei ricoveri era in ospedali accreditati, in Sardegna il 17% e in Campania il 16%. Al contrario, in Liguria e Toscana tale percentuale era solo l'1 e il 4%. In questo quadro, che sembra delineare una netta differenza tra nord e sud, la Lombardia è un'eccezione con il 15% dei ricoveri in ospedali accreditati. Certamente, questo dipende dalle caratteristiche del sistema sanitario regionale; alcune regioni più che altre preferiscono delegare la fornitura di alcune prestazioni sanitarie a strutture accreditate. Nel sondaggio Multiscopo era, inoltre, chiesto a coloro che erano stati ricoverati nei tre mesi precedenti se il ricovero era avvenuto nella propria provincia, regione o altrove. In media solo il 7.4% dei ricoveri avveniva al di fuori della propria provincia e il 6.4% in un'altra regione. Tuttavia, nel sud e nord-ovest la percentuale degli intervistati che si era spostata in un'altra regione per effettuare un ricovero ospedaliero era 4-3 volte superiore alla media. Per esempio, in Valle d'Aosta il 31% degli intervistati aveva preferito spostarsi in un'altra regione, probabilmente per le dimensioni regionali, in Basilicata il 20%, in Calabria il 18%, in Molise il 16% e in Piemonte l'11%.

La figura 2 evidenzia come tale propensione allo spostamento sia legata al reddito. Nonostante l'ospedalizzazione sia gratuita e l'ASL di appartenenza si assuma tutto il costo diretto, tale decisione presenta notevoli costi indiretti. Un altro membro della famiglia tende sempre ad accompagnare il paziente con notevoli costi che ricadono completamente sul bilancio familiare. Al contrario, la relazione tra la decisione di farsi ricoverare in un ospedale privato (sia accreditato sia non) e il reddito non è chiara. I dati del sondaggio Multiscopo evidenziano inol-

tre come la decisione di spostarsi sia legata alla ragione del ricovero. In caso di gravidanza gli intervistati preferiscono rimanere nella loro regione di residenza, se non addirittura nella propria provincia. Mentre per malattie gravi e operazioni chirurgiche la propensione allo spostamento sembra essere maggiore.

Questi risultati sono confermati anche dall'analisi econometrica. Il modello probit applicato alla scelta di muoversi in un'altra regione per un ricovero ospedaliero mette in luce come gli intervistati con un peggiore stato di salute siano coloro che hanno una maggiore probabilità di spostarsi. Questo è facilmente spiegabile: nel caso di malattie gravi il valore che gli individui danno alla reputazione dell'ospedale e del reparto, ai tempi di attesa e non ultimo al medico che lavora in tale reparto, è maggiore. Inoltre, i risultati evidenziano che qualora i pazienti decidano di spostarsi, è maggiore la probabilità che il ricovero avvenga in un ospedale accreditato o privato e che il ricovero sia deciso dallo specialista. Emerge, inoltre, come gli individui più anziani e con un minore livello di scolarizzazione abbiano una minore probabilità di muoversi. Come prevedibile, i risultati del modello probit confermano che la probabilità di effettuare il ricovero in un'altra regione dipende dalla regione di provenienza. Nel sud e nel nord-ovest tale probabilità è maggiore. Questo è dovuto anche alle differenze nei sistemi sanitari regionali. Come evidenziato, sembra esistere un vero e proprio gradiente nord-sud per quanto riguarda il numero di personale medico e il livello di soddisfazione.

5. Considerazioni conclusive

Tra gli obiettivi portanti dei sistemi sanitari europei vi è il principio di equità nell'accesso ai servizi sanitari. Il settore ospedaliero rappresenta il costo maggiore nei bilanci sanitari e garantire un equo accesso alle prestazioni sanitarie per tutti i cittadini è basilare per ottenere e mantenere un equo sistema sanitario.

Dai risultati di questo lavoro emerge come la probabilità di essere ammessi in ospedali aumenti all'aggravarsi delle condizioni di salute. Tuttavia, anche il reddito sembra giocare un ruolo non marginale in molti Paesi europei. La distribuzione attuale di prestazioni ospedaliere è infatti a favore delle classi più povere, ma una volta standardizzata per i

bisogni della popolazione, il quadro sembra modificarsi per molti paesi. L'inequità diventa a favore delle classi più ricche in molti Paesi e il suo livello è preoccupante per il Portogallo, la Grecia, l'Italia, l'Austria e l'Irlanda.

È difficile individuare una relazione tra il livello di inequità e le caratteristiche del sistema sanitario. Non esiste infatti un prototipo di sistema sanitario per tutta l'Europa, al contrario ci sono enormi differenze tra i diversi Paesi. Tuttavia, negli ultimi anni le diversità sembrano essersi smorzate; ovunque, sebbene con diversa enfasi, lo stato ha delegato alcuni servizi al settore privato: introduzione di forme di assicurazioni private complementari e/o supplementari al sistema di finanziamento pubblico, aumento della quota di contributi privati.

Le differenze regionali nell'offerta di prestazioni sanitarie possono giocare un ruolo importante dato l'elevato livello di deregolamentazione registratosi in alcuni Paesi europei negli ultimi decenni. I risultati per l'Europa evidenziano la presenza di questo fenomeno ma i dati Eurostat non permettono di effettuare una dettagliata valutazione a livello regionale. Per l'Italia è, invece, possibile approfondire l'argomento utilizzando l'indagine Multiscopo.

Le regioni del sud e le isole sono più povere rispetto al nord con risvolti anche nel settore ospedaliero. Il numero di posti letto, di personale medico e anche il livello di soddisfazione per le prestazioni ricevute è superiore nel nord d'Italia. Sembra esserci un vero e proprio gradiente nord-sud per quanto riguarda sia la disponibilità di personale medico sia la qualità dei servizi forniti. I cittadini tendono inoltre a spostarsi maggiormente in un'altra regione per ricevere cure ospedaliere. Questa decisione dipende da una serie di fattori, tra cui anche la reputazione dell'ospedale e del reparto, nonché il tempo di attesa e la qualità dell'équipe medica. Il livello di qualità atteso gioca, quindi, un forte ruolo nella decisione di effettuare il ricovero al di fuori della propria regione.

La propensione allo spostamento dipende anche dal reddito. Nonostante l'ASL di appartenenza si faccia carico di tutto il costo del ricovero, vi sono altri costi legati a tale decisione che sono completamente a carico del bilancio familiare. Gli individui a reddito medio tendono a spostarsi molto di più che non le altre

categorie di reddito. Questo fenomeno può essere ricollegato all'alto numero di ospedali privati di buona qualità nel sud d'Italia; i più ricchi, in caso di bisogno, possono più agevolmente usufruire di cure private.

Tali differenze tra regioni sono anche più preoccupanti in un'ottica di federalismo prima e *devolution* poi. Il rischio è che il nuovo sistema possa esacerbare ancora di più le divergenze.

È importante evidenziare i limiti di questo lavoro. Nella stima dell'equità non si è valutata la qualità del servizio, ma solo la probabilità di riceverlo. Inoltre, abbiamo considerato solo i ricoveri ospedalieri; i day hospital sono esclusi. Ci si può facilmente aspettare che il livello di disuguaglianza e inequità possa solo aumentare con l'introduzione di questi ulteriori elementi. ♦

Bibliografia essenziale

- (1) EUROSTAT, European Community Household Panel (ECHP). European Commission. Eurostat, Luxembourg, 2001.
- (2) Wagstaff A, van Doorslaer E. Measuring and testing for inequity in the delivery of health care. *Journal of Human Resources*, 2000;35:716-33.
- (4) Wagstaff A, van Doorslaer E, Watanabe N. "On decomposing the causes of health sector inequalities with an application to malnutrition inequalities in Vietnam". *Journal of Econometrics* 2003;112: 207-23.
- (5) Wagstaff A, van Doorslaer E. Equity in health care financing and delivery. In: Culyer AJ. *Handbook of Health Economics*, North Holland. Newhouse Ed, 2000.

Note

1 Per fare un esempio, gli individui con un livello maggiore di educazione hanno in media redditi più elevati (effetto b). Se la loro probabilità di essere ricoverati in ospedale risulta essere maggiore rispetto alla categoria di riferimento (effetto a) allora il contributo di questa variabile sarà positivo; se inferiore, il contributo sarà negativo.

2 Per la Grecia è sorprendente come le regioni non influenzino affatto la probabilità di essere ricoverati in ospedale, data la ben nota differenza nell'offerta di prestazioni sanitarie tra le aree urbane e rurali. Tuttavia, per la Grecia era possibile differenziare solo tra grandi aree: Attiki, Kentriki, Nisia e Voreia.

3 Non si registra alcun livello di inequità nei ricoveri ospedalieri quando si stima la probabilità nei tre mesi precedenti l'intervista. Questo risultato è in contrasto con i risultati ottenuti, utilizzati i dati Eurostat e con ulteriori stime effettuate con la Multiscopo. Nella Multiscopo viene chiesto agli intervistati con malattie croniche se sono mai stati ricoverati, questo ha permesso di costruire una *proxy* per la probabilità di essere ricoverati in ospedale in un più lungo periodo temporale. L'indice di equità orizzonte in questo caso è ancora positivo e statisticamente significativo.

Arriva l'influenza, teniamola d'occhio

Luisella Grandori
Referente vaccinazioni ACP

Parole chiave Influenza. Sorveglianza. Vaccinazione antinfluenzale. Pandemia

Dove guardare

È arrivata l'influenza. L'andamento si può osservare sul sito del Centro Nazionale per il Controllo delle Malattie (1). All'inizio di gennaio, l'attività influenzale appare in graduale aumento. Sono stati isolati virus di tipo A e B e diversi sottotipi, in parte ancora da approfondire. L'andamento in Europa è visibile sul sito dell'European Influenza Surveillance Scheme (2).

La sorveglianza

L'Italia partecipa alla rete internazionale di sorveglianza dell'influenza, utilizzando le segnalazioni dei medici sentinella che vengono in parte approfondite con accertamenti di laboratorio per monitorare i virus circolanti, senza un preciso criterio di selezione.

Nella scorsa stagione, la proporzione di *riscontro positivo per influenza sui campioni testati è stata del 14%* (3). Pur tenendo conto delle caratteristiche del campione, raccolto con altre finalità, questo 14% sembra confermare l'incertezza della diagnosi di influenza basata sui soli criteri clinici e stagionali.

Quanto proteggiamo chi è più a rischio

In Italia, come in tutta Europa (4), la vaccinazione contro l'influenza è oggi raccomandata solo a chi ha un rischio aumentato. Le coperture degli ultra 65enni appaiono in costante aumento mentre quelle di chi è a rischio per malattia sottostante, rimangono fortemente inadeguate (in Italia e altrove). Dai risultati del rapporto ICONA (indagine campionaria sulle coperture vaccinali) l'ISS stima che *solo il 10% dei bambini a rischio sia vaccinato contro l'influenza*; è probabile che per gli adulti a rischio la situazione sia peggiore. Per questo le Regioni hanno sollecitato gli operatori sanitari, su indicazione del Ministero.

La proposta ventilata da alcuni, di ampliare la vaccinazione ad ampi strati di popolazione per raggiungere – nel mucchio – anche i più fragili, desta qualche perplessità.

La discussione continua

Si torna a parlare se vaccinare i bambini per proteggere i conviventi adulti e anziani. Su Lancet (5) e su Eurosurveillance (6), compaiono pareri contrastanti. Un atteggiamento di cauta apertura nel primo e una valutazione di evidenza ancora insufficiente, nell'altro. Su *BMJ* si conferma la grande efficacia protettiva della vaccinazione degli anziani rispetto ai decessi (7). Risultati simili a quelli ottenuti vaccinando i bambini in età scolare (8).

Le morti dell'anno scorso nei cittadini inferiori a 18 anni attribuite all'influenza (17 in UK e 143 in USA), hanno destato preoccupazione e sollevato interrogativi. La vaccinazione avrebbe potuto evitarle? Però morirono anche dei vaccinati. Fu colpa dell'inatteso ceppo Fujian? O per il Regno Unito, la bassa attività influenzale degli anni precedenti, rese vulnerabili i più giovani? Ma allora quali conseguenze avrebbe vaccinare fin dai 6 mesi di età, impedendo l'accumulo delle difese contro gli svariati virus influenzali?

La protezione del vaccino dura solo 1 anno. E l'efficacia? È correlata alla sovrapposizione tra virus circolanti e virus vaccinali e nei bambini di 1-5 anni risulta comunque bassa (44-49% (9)). Nei più piccoli (< 12 mesi) si è riscontrata anche una scarsa risposta immunitaria (10). Quali dunque i supporti decisionali per allargare la vaccinazione, viste anche le conoscenze inadeguate sul "peso" della malattia (ricoveri e morti)? La riduzione delle visite? Il costo sociale?

E la pandemia?

Le pandemie influenzali (gravi epidemie che interessano tutto il mondo) hanno un ciclicità imprevedibile. Quelle del secolo scorso avvennero nel 1918, 1957, 1968. Originarono tutte da virus aviari mutati geneticamente per coinfezione di virus diversi in uno stesso animale o per mutazione del solo virus aviario. L'influenza aviaria del Sud Est asiatico (11), dovuta al virus A/H5N1, ha colpito finora 54 persone a stretto contatto con volatili infetti e di queste, 41 sono morte. La trasmissione da persona a persona, sospet-

tata per due fratelli vietnamiti, è rimasta per ora circoscritta, ma la forte letalità del virus H5N1 fa sì che l'allerta sia alta. Seguendo le indicazioni dell'OMS (12), anche l'Italia ha predisposto un Piano di intervento (1). Oltre alla sorveglianza e al massiccio impegno organizzativo coordinato a livello mondiale (come fu per la SARS), i cardini dell'intervento sarebbero il vaccino e i farmaci antivirali. Gli USA hanno già ordinato 2 milioni di dosi di vaccino anti H5N1 in attesa di trial clinici per testarne efficacia, sicurezza e dosaggio. Ma servirà? Il virus pandemico, nel caso, potrebbe essere diverso. Certo le quantità di vaccino e farmaci necessarie per tutti sarebbero ingenti e si porrebbero non pochi problemi di stoccaggio e di equità nella distribuzione. La situazione è in continuo divenire. Teniamola d'occhio! (11). ♦

Bibliografia

- (1) CCM www.ministerosalute.it/ccm/ccm.jsp
- (2) European Influenza Surveillance Scheme (EISS): www.eiss.org
- (3) Ministero della Salute. Prevenzione e controllo dell'influenza. Circ. Min. n.1 del 2/8/2004 www.ministerosalute.it/imgs/C_17_normativa_468_allegato.pdf
- (4) Raccomandazioni antinfluenzale in Europa www.eiss.org/html/vaccination.html
- (5) Zambon MC. Ethics versus evidence in influenza vaccination Lancet 2004; 364:2161-63.
- (6) Eurosurveillance weekly 2004,8(51): www.eurosurveillance.org/ew/2004/041216.asp#5
- (7) Armstrong BG et al. Effect of influenza vaccination on excess death occurring during periods of high circulation of influenza: cohort study in elderly people. *BMJ* 2004; 329:660-603.
- (8) Reichert TA et al. The Japanese experience with vaccinating schoolchildren against influenza. *N Engl J Med* 2001; 344(12):889-96.
- (9) CDC. Prevention and control of influenza. *MMWR* 2004; 53: RR-6
- (10) Kumagai T et al. Poor immune response to influenza vaccination in infant. *Vaccine* 2004; 22:3401-10.
- (11) WHO. Avian influenza www.who.int/csr/disease/avian_influenza/en/
- (12) WHO. Pandemic preparedness www.who.int/csr/disease/influenza/pandemic/en/

Per corrispondenza:

Luisella Grandori
e-mail: luisegra@tin.it

Les Choristes di Moscufo

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi

I dati sono attendibili perché arrivano da fonti collaudate come "Eurispes" e "Telefono Azzurro". Parlano di bambini ipertecnologici che, a soli 10 anni, sono già schiavi del cellulare e si nutrono di immagini violente. E così scopriamo, ancora una volta, quanto sappiamo da sempre: ad ogni meraviglia che i media ci offrono corrisponde una perdita fatale. Ne prendiamo atto, ma non sappiamo come intervenire. È strana questa sottile malattia che, pur colpendo un numero rilevante di bambini, sembra non preoccupare eccessivamente gli adulti. Gli inequivocabili sintomi facilitano la diagnosi, ma la mancanza di preparazione impedisce la somministrazione di farmaci efficaci. La dipendenza dalla tecnologia, in ultima analisi, non può essere considerata una maledizione, giacché riflette lo stato di una società che cambia; a provocare allarme è l'eccessiva sudditanza dai mezzi di comunicazione di massa, la difficoltà a gestirli e usarli senza farsi gestire e usare.

La carenza di ricerche e sperimentazioni nel campo dell'educazione all'immagine e alle nuove tecnologie, per esempio, è solo apparente. In realtà, c'è tutto uno stuolo di genitori, educatori, pedagoghi e insegnanti che indirizza i ragazzi verso la realizzazione di ipertesti, CD ROM, prodotti multimediali, animazioni teatrali, progetti di lettura e scrittura filmica. Alla base di tutte queste iniziative ci sono due convinzioni; e cioè: che tutti i ragazzi hanno incredibili capacità artistiche e che il modo migliore per non farsi padroneggiare dai media è quello di padroneggiarli. Prevengo l'obiezione più ricorrente, precisando che in questo campo non è indispensabile essere esperti; a volte, l'entusiasmo e la voglia di fare incidono sulla buona riuscita più dell'ostentazione dei diplomi e delle lauree. Insomma: tra il dire e il fare, non c'è sempre di mezzo il mare, ma un semplice fiumiciattolo facilmente guadabile.

Vedendo *Les Choristes* - "I ragazzi del coro" - di Christopher Barratier, non ho potuto fare a meno di ripensare al lavoro che assieme agli amici del Comitato per

la Cinematografia dei Ragazzi di Roma ho realizzato a Moscufo, un paesino in provincia di Pescara, nello scorso aprile. Ne ho parlato al congresso dell'ACP di Pescara, ma solo in appendice alla mia relazione su "I bambini e il Cinema". Ci ritorno adesso perché il bel film francese, campione d'incassi in patria ma da noi premiato solo dai piccoli giurati del "Giffoni Film Festival", me ne offre l'occasione.

In apparenza, tra l'esperienza di scrittura filmica fatta dai 23 ragazzi della II E della S.M.S. "G. Leopardi" di Moscufo e quella musicale di una classe di un collegio-prigione per ragazzi difficili degli anni '40 narrata ne *Les Choristes*, c'è in comune solo l'ambiente scolastico; in realtà, c'è ben altro. Ci sono, per esempio, la scoperta e la valorizzazione delle capacità degli alunni, la voglia di apprendere fuori dai programmi, l'abolizione dell'ansia del voto, l'importanza del lavoro collettivo, la gioia dei risultati.

In tal senso, anche i ragazzi di Moscufo sono stati "choristes", ragazzi di un coro iniziato con qualche perplessità, portato avanti con prevedibili stecche e stonature, ma sfociato nella gratificazione del risultato finale. Come i ragazzi del film, anche loro non sapevano di possedere qualità di attori, inventive da sceneggiatori, capacità di registi. Lo hanno scoperto a mano a mano, ideando un soggetto, scrivendone la sceneggiatura, trasformando in set l'intero paese, interpretando se stessi, cimentandosi nel montaggio visivo e sonoro delle scene girate. È nato il cortometraggio *Moscufo's Story*, un'i-

ronica visione non solo del paese e di alcuni caratteristici personaggi, ma anche del mondo dell'immagine. L'intuizione è stata geniale e collettiva. Si stava discutendo in fase di sceneggiatura la conclusione della storia - due gruppi si fronteggiano in una via del paese per sostenere i loro rispettivi capi, rivali perché innamorati della stessa ragazza - quando qualcuno, dal fondo dell'aula, ha esclamato: "Pubblicità!". È bastata questa parola a fare scattare una serie di mini spot che, scimmiettando i consigli televisivi per gli acquisti, ha occupato uno spazio superiore all'intera vicenda. Il film che si stava creando, a quel punto, è passato in second'ordine. A quel punto, il vero obiettivo della satira dei ragazzi è diventato la TV, quella trash e commerciale che mira alla persuasione occulta e ci bombarda di slogan.

Stacco su Moscufo per riattaccare e chiudere su *Les Choristes*. La vicenda di Clément Mathieu, ex maestro di musica e sorvegliante di bambini difficili per necessità, ha una conclusione amara: la sua sperimentazione didattica, basata sul fascino delle note, cozza contro le istituzioni ed egli viene licenziato. Ma c'è una seconda più consolante conclusione che il film di Christophe Barratier propone agli spettatori meno superficiali: la convinzione che la scuola, in Italia come in Francia e in qualsiasi altro Paese, può cambiare anche senza attendere indicazioni dall'alto, con la semplice intuizione che anche il più amorfo dei ragazzi nasconde incredibili doti di originalità. ♦

Quaderni acp indicizzato in EMBASE

Riceviamo da Amsterdam.

Caro direttore,

come lei sa Elsevier è leader nel campo della indicizzazione per l'inserimento nei database bibliografici delle riviste. Questi database comprendono EMBASE, Compendex, Geobase e Scopus. Una breve visita al nostro sito web servirà ad assumere maggiori informazioni su di noi: www.elsevier.com - www.ei.org - www.scopus.com.

Noi della Elsevier saremo lieti di aggiungere la rivista "Quaderni acp", di cui abbiamo avuto modo di esaminare alcune copie, nella raccolta dei giornali coperta dagli Elsevier's Bibliographic Databases a datare dal 2005.

Questo inserimento rappresenta certamente un nostro riconoscimento di qualità, ma è destinato ad attrarre una maggiore quantità di articoli da parte della vostra rivista.

Cordiali saluti

Stijntje A. Hallink
Elsevier Bibliographic Databases
Head Database Input & Manager External Relations
bd-scm@elsevier.com

Amsterdam, 17 dicembre 2004

Per corrispondenza:

Italo Spada

e-mail: italospada@libero.it

I trent'anni dell'ACP

Un *excursus* del Prof. Biasini sui trenta anni dell'ACP ha aperto il 16° congresso dell'associazione, svoltosi a Montesilvano (Pescara) dal 15 al 17 ottobre scorso. Uno sguardo ai presidenti che hanno guidato l'ACP in questi trent'anni: Sereni il primo nel 1974 e poi Bucci, Nordio, di nuovo Sereni, Orzalesi, Panizon, Biasini con un doppio mandato, Tamburlini, D'Andrea, Gangemi. Tutti nomi cari, e davanti alla torta del trentennio della ACP con le trenta candeline la commozione era palpabile, anche quella dei più giovani che riempivano la sala e che trent'anni fa non c'erano, ma che sono cresciuti seguendo le orme e gli insegnamenti di tanti maestri.

Un minuto di silenzio, chiesto dall'ACP Marche, per ricordare le giovani vittime di Beslan e per tutti i bambini coinvolti nelle guerre che affliggono oggi il mondo è stato un sentito e non formale richiamo alla pace.

Anche quello di Pescara è stato un congresso che ha seguito le tre grandi linee tematiche che stanno a cuore all'ACP da molti anni ormai; la formazione del pediatra, le disuguaglianze nella salute e le *humanities* che hanno trovato massima espressione in *Nati per Leggere*.

Serve l'EBM o serve l'esperto per affrontare e risolvere le problematiche nel nostro ambulatorio? Due diverse visioni, una più moderna e l'altra un po' retrò? Gli scenari clinici di gastroenterologia e di neurologia, illustrati molto bene da Laura Reali, Daniele Vernaccini e Salvo Fedele, e quello sull'abuso di Isodiana Crupi e Sergio Conti Nibali, hanno mostrato come il pediatra possa nel proprio ambulatorio risolvere casi più o meno complessi affidandosi alla letteratura, e poi gli esperti hanno arricchito la discussione offrendo la loro esperienza diretta. Questo duplice approccio che i colleghi di Pescara, insieme al direttivo nazionale ACP, hanno scelto per il congresso, ha mostrato che non si può fare a meno di nessuna delle due metodiche, almeno secondo il modesto parere di chi scrive.

E poi 40.000 casi di morbillo, 1000 rico-

verati, 23 encefaliti, 4 decessi nel nostro Paese. Parliamo dell'Italia e di una malattia prevenibile con la vaccinazione. E ancora la malaria, seconda malattia infettiva nel mondo con 185 casi/100.000 e solo il 15% dei bambini sotto i 3 anni che dorme protetto da una zanzariera pretrattata con insetticidi, misura certamente efficace per prevenire la malattia.

Le guerre dei nostri giorni mietono molte più vittime civili che militari e tra i civili i più colpiti sono i bambini; tutti i Paesi ricchi, e tra questi anche l'Italia, hanno dirottato sugli armamenti i fondi per i progetti per combattere la malaria, l'HIV, la tbc. Il pediatra moderno deve saper aggiornarsi leggendo la letteratura secondaria, ma deve anche interrogarsi sulla tutela del bambino nel mondo, sulle disuguaglianze nella salute per tentare con micro e macrointerventi di intervenire, anche nel suo piccolo.

Un forte richiamo è stato fatto a chi programma interventi di sanità pubblica e secondo i pediatri dell'ACP le regioni attualmente non programmano, lo fanno male in ambito sanitario e sociosanitario, per cui, oltre a chiedersi chi determina le disuguaglianze, chi controlla, chi protegge i bambini, bisognerà richiamare chi programma a mettere in campo progetti per ridurre le disuguaglianze nella salute. Questa è la vera priorità.

Centodieci soci erano presenti in aula all'assemblea. Molti interventi dei rappresentanti dei gruppi, vivaci polemiche, discussioni accese e schiette hanno dato l'idea di una nuova voglia di partecipare alle attività dell'associazione. Si iniziano a vedere i risultati del maggior coinvolgimento dei gruppi da parte del direttivo nazionale.

Un grazie ai colleghi di Pescara per l'ottima organizzazione e arrivederci all'anno prossimo a Napoli. Vorremmo infine che tutti i 38 gruppi ACP partecipassero in modo attivo al prossimo congresso, proponendo ricerche, esperienze, casi clinici e quant'altro. Il congresso avrà come canovaccio l'indice di *Quaderni acp*, per cui fatevi avanti, proponetevi, contattate gli organizzatori via e-mail all'indirizzo ACPcampania@tin.it e costruiamo insie-

me il nostro congresso che non sarà il 17°, ma il 16° bis. Siamo a Napoli, non sarà vero, ma ci credo...

Paolo Siani

Saper comunicare in Pediatria

A Napoli, l'8-9 ottobre 2004 "... un convegno un po' diverso dal solito, pochi argomenti e non comuni, pochi relatori, nessun presidente, molto spazio alla discussione": così si leggeva sulla locandina di "Saper Comunicare in Pediatria". E così sono andata a Napoli, dove, oltre ad apprezzare l'ospitalità squisita e la cordialità dei colleghi di ACP Campania, ho partecipato a un bel congresso, ricco di contenuti e ben organizzato. Saper comunicare, saper prescrivere, saper affrontare: questo il filo conduttore di due giornate in cui, oltre a sottolineare l'importanza della comunicazione di qualità in situazioni con un'alta gravidanza emotiva, quali il primo incontro con il bambino e i suoi familiari, o una diagnosi difficile, si è discusso di corretta prescrizione dei farmaci, di appropriatezza dei ricoveri pediatrici, di gestione di "aree grigie", quali i disturbi del sonno e dell'alimentazione.

M. Grimaldi e M. Gangemi hanno ricostruito i passaggi che, durante una prima visita, sono cruciali per instaurare una relazione chiara, coerente e costante con la famiglia.

Con V. Raia, attraverso l'analisi di alcune sequenze audioregistrate di una comunicazione di diagnosi di fibrosi cistica, abbiamo colto i rischi e le difficoltà comunicative in situazioni di particolare impegno e tensione, e discusso le modalità per gestire l'intervento informativo per i genitori di un bambino con patologia grave.

M. Bonati, partendo dai risultati di uno studio condotto da un gruppo di pediatri di famiglia in due regioni del Sud Italia, ha portato la riflessione sull'utilizzo dei farmaci *off-label*: non necessariamente irrazionale quando rispecchia le evidenze, spesso è incongruo per scarsa conoscenza delle prove di efficacia e sicurezza.

controluce

G. Cirillo e P. Siani hanno ricordato come nell'uso inappropriato dell'ospedale e nell'elevato numero di ricoveri pediatrici impropri giochi un ruolo rilevante anche la condizione sociale della famiglia. Affrontare questi aspetti richiede l'"andare oltre" il contesto strettamente ospedaliero, che può dare solo risposte sanitarie a bisogni che spesso sono prevalentemente sociali. Interessante in questo senso la presentazione del sistema di indicatori integrati, individuati per definire il profilo di comunità, e da utilizzare come sostegno alle decisioni programmatiche sia centrali che territoriali nel Comune di Napoli. Anche saper comunicare quando il bambino "non mangia" o "non dorme" presuppone livelli di osservazione diversi, con un approccio clinico in cui i genitori sono da considerare una risorsa da utilizzare, restituendo loro competenze e funzioni. Cruciale diventa il ruolo del pediatra che, avendo presente il contesto relazionale, deve sapere analizzare con la famiglia i diversi aspetti insiti nella difficoltà ad addormentarsi o nel rifiuto dell'alimentazione, ben illustrati da N. Gasparini ed E. Trifuoggi. Opportunamente sottolineata anche la necessità di contatti, collaborazione e utilizzo di un linguaggio comune tra i diversi operatori e nel rispetto delle specifiche competenze, quando si renda necessario l'invio al secondo livello.

Ogni sessione del convegno è stata caratterizzata da vivaci discussioni tra i partecipanti e interessanti confronti sulla propria pratica, favoriti anche dalla presentazione di scenari clinici e di stimolanti spunti in chiave EBM, quali quelli proposti da G. Mazarella e S. Miceli Sopo. Cosa ho portato a casa? Certamente un rinnovato interesse per i temi affrontati, strettamente connessi con il mio quotidiano; una maggiore "apertura" professionale, grazie anche alla qualità e alla molteplicità delle esperienze comunicate; l'esigenza e l'auspicio di ulteriori spazi di formazione e momenti di riflessione su aspetti sempre cruciali dell'attività e della comunicazione in un ambulatorio pediatrico.

Federica Zanetto

Le ricerche sull'allattamento al seno

Il Reparto Indagini Campionarie di Popolazione del Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), in collaborazione con l'Unità per la Ricerca sui Servizi Sanitari e la Salute Internazionale (URSS/SI) dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste, ha organizzato a Roma due incontri allo scopo di discutere di:

1. "Definizioni e metodi standardizzati per il monitoraggio dei tassi di allattamento al seno".

2. "Protezione, promozione e sostegno dell'allattamento al seno nell'Unione Europea: verso un piano d'azione comune". Sul primo punto numerose sono le indagini e le ricerche realizzate in Italia. Numerose sono anche le regioni e le aziende sanitarie che hanno messo in piedi sistemi di monitoraggio dell'allattamento al seno, o si apprestano a farlo. Saranno ancora di più qualora fossero attuati piani operativi nazionali o locali in conseguenza di eventuali risoluzioni o direttive europee.

I dati raccolti mediante indagine o monitoraggio sono difficilmente comparabili, a causa dell'uso di definizioni e metodi disomogenei. È sembrato prioritario raggiungere un consenso per la standardizzazione di questi metodi. Nel corso dell'incontro L. Ronfani ha sintetizzato la situazione italiana rispetto alla validità e all'accuratezza dei dati sull'allattamento al seno, confermando le lacune metodologiche che non consentono, di fatto, oggi, di avere a disposizione dati affidabili. Il dibattito che ne è seguito è stato molto ricco di esperienze e di proposte e ha portato a definire meglio i problemi su cui concentrarsi: le definizioni di allattamento, i disegni degli studi da predisporre in base agli obiettivi e agli esiti che si vogliono valutare, gli aspetti organizzativi. In conclusione si è stabilito che un gruppo di lavoro più ristretto elaborerà una proposta che sarà sottoposta a tutti i partecipanti per la stesura definitiva di un

documento che possa servire come punto di riferimento per qualsiasi lavoro di ricerca si voglia intraprendere sul territorio nazionale.

Sul secondo punto A. Cattaneo, in rappresentanza dell'IRCCS di Trieste sta coordinando un progetto finanziato dalla Commissione Europea (Health and Consumer Protection Directorate - General; Directorate G - Public Health) dal titolo "Promozione dell'allattamento al seno in Europa", diretta conseguenza di una risoluzione del Consiglio d'Europa che assegna alta priorità all'allattamento al seno tra gli interventi di promozione della salute e della nutrizione. Il progetto, al quale partecipano tutti i Paesi membri e associati, ha l'obiettivo di produrre un modello di piano d'azione comune (*Blueprint for Action*) che possa poi essere adattato alle diverse realtà e trasformato in veri e propri piani operativi nazionali e locali.

Per poter produrre tale modello, il progetto ha già fatto un'analisi della situazione attuale nei vari Paesi e sta completando una revisione dei possibili interventi in termini di efficacia e fattibilità. Sulla base di queste due fasi preliminari, sarà prodotta una bozza di *Blueprint for Action* che dovrà, prima di essere presentata ufficialmente al Commissario Europeo nel corso di una conferenza internazionale, essere discussa in ogni Paese. E l'incontro di Roma è servito per presentare la bozza e per apportare un contributo italiano. Durante l'incontro i partecipanti hanno lavorato in 4 sottogruppi, ognuno dei quali ha analizzato gli aspetti peculiari del documento ("politiche e pianificazione", "informazione, educazione, comunicazione", "formazione" e "protezione, promozione e sostegno"), discutendone le criticità e proponendo rettifiche e suggerimenti. In conclusione si è stabilito che si elaborerà una relazione dell'incontro con una lista dei suggerimenti proposti; la relazione sarà sottoposta a tutti i partecipanti per un giudizio finale e sarà presentata come il contributo del gruppo italiano a supporto del *Blueprint for Action*. ♦

Sergio Conti Nibali



Nati per Leggere e Glaxo

Riportiamo da *Medico e bambino* l'editoriale di Novembre 2004.

Nati per Leggere (NpL) costituisce ormai un programma molto consolidato e unanimemente apprezzato. Non è facile trovare, tra i programmi di promozione della salute e del benessere in età evolutiva, un caso analogo di rapida ed estesa diffusione. Le ragioni del successo stanno nella semplicità del messaggio, quindi nella facilità con cui anche i non professionisti possono coglierne il significato e comprenderne i benefici sia sul piano dello sviluppo cognitivo e della relazione, sia - come effetto dell'interazione tra questi due elementi - sul piano della promozione dell'amore per il libro e la lettura, di cui il nostro Paese, *illiterate* come pochi altri (tranne una piccola minoranza di lettori forti che ci consentono di non avere un mercato del libro da terzo mondo), ha un evidente e ben riconosciuto bisogno. Il motore del successo sta nell'entusiasmo con cui centinaia di pediatri e di bibliotecari hanno fatto proprio il progetto, dedicandovi certamente più risorse di quelle disponibili "per contratto". Senza dimenticare i pionieri (come Igino Poggiali e Giovanna Malgaroli dell'AIB; Giancarlo Biasini, Salvo Fedele, Stefania Manetti e Pasquale Causa dell'ACP; Alessandra Sila e Luca Ronfani del CSB), senza i quali l'impresa non sarebbe decollata. Infine, la benzina del successo sta nello straordinario favore con cui l'iniziativa è stata accolta dai genitori, che di questo sono quindi grati

ai pediatri, nella buona a volte entusiastica accoglienza dei pediatri, che vi trovano nuova linfa per il loro lavoro e soprattutto per interpretare il loro non agevole ruolo di supporto e consiglio ai genitori, e nel generale apprezzamento "sociale". Una buona cosa, dunque. Forse non tanto da compensare quanto di cattivo accade intorno a noi e incombe sulle nuove generazioni, ma quanto basta per generare nuove energie e rinate convinzioni sulla possibilità di lavorare con efficacia tra diversi operatori dell'infanzia.

Troppo buona, tuttavia, per non essere oggetto di altri amori. La Glaxo Smith-Kline (GSK), già dopo i primi passi di NpL, si propone come sponsor. Il coordinamento pediatri bibliotecari di NpL ne discute e decide che una sponsorizzazione legata al mercato dei prodotti per l'infanzia non sarebbe stata opportuna. Con le stesse motivazioni generali viene gentilmente respinta anche l'offerta di uno dei maggiori editori italiani, lasciando comunque aperte le porte a una collaborazione con tutti gli editori di libri per bambini, che in effetti si è poi realizzata in molti casi. GSK decide allora di muoversi da sola e di dare vita a Leggere per Crescere (LpC), iniziativa evidentemente molto simile, nel territorio "suo", cioè Verona e Vicenza. La cosa, almeno per un po', non pare estendersi al di là di questi confini, e quindi di una contiguità non concorrenziale con NpL, finché qualcosa induce GSK a riprendere la sua iniziativa, proponendo LpC anche dove NpL è già presente e funziona bene, superando perplessità o contrarietà di interlocutori importanti (amministratori), e provocando sconcerto e confusione tra bibliotecari, restii ad accettare il supporto dell'industria farmaceutica, e tra pediatri, già da tempo impegnati nella promozione di NpL e nello studio della sua diffusione reale e dei suoi effetti già misurabili sulle famiglie e sui bambini. *Medico e Bambino*, che è sempre stato vicino a NpL, si sente preoccupata per lo svolgimento delle cose. Di fatto, si verifica una situazione concorrenziale, che appare paradossale in sé, che porta a uno spreco di risorse globali, che non giova a NpL e nemmeno, almeno così crediamo,

nati

a GSK, il cui successo finale ci sembra improbabile o quantomeno molto limitato, vista la grande diffusione e gli autorevoli riconoscimenti e patrocini ottenuti sinora da NpL da parte di Associazioni professionali, Ministeri, Regioni. Non però senza aver prodotto qualche perdita in entrambi i campi. La vicenda lascia qualche amarezza e qualche preoccupazione in chi in questi anni si è prodigato per una campagna importante, sana, socialmente utile (e che ha portato molti riconoscimenti da parte di varie componenti sociali ai pediatri che l'hanno voluta e la stanno sostenendo insieme ai bibliotecari e a tanti amministratori pubblici, Fondazioni, e privati cittadini). La cosa può forse ancora essere volta al meglio. Se la GSK vuol fare del bene e crede al valore della lettura nelle famiglie, potrebbe pensare di donare al progetto NpL il corrispettivo di un certo quantitativo di libri da mettere a disposizione del progetto; o di mettere a disposizione le risorse per produrre materiali e fare formazione, interventi di cui sarebbe pubblicamente ringraziata.

Di questo, bambini, pediatri, genitori e biblioteche sarebbero certamente grati a GSK, così come lo sono a tutti coloro che aiutano NpL a consolidarsi come il più importante ed efficace programma nazionale di promozione della lettura, nonché uno dei più significativi interventi di promozione della salute infantile. E adulta.

Una lettera alle Regioni

Dopo l'episodio di Trento, citato sopra, se ne è verificato uno simile in Puglia. Il coordinamento di Nati per Leggere ha allora ritenuto opportuno inviare ai presidenti e agli assessori alla sanità delle regioni la lettera che riproduciamo.

OGGETTO: Tutela del progetto Nati per Leggere e dei suoi valori da imitazioni promosse da aziende commerciali a fini speculativi.

È assai probabile che Lei, abbia avuto modo di conoscere il progetto Nati per

per leggere

Leggere (NpL); la stampa nazionale ne ha diffusamente parlato.

Ci permettiamo perciò di richiamare su di esso la sua cortese attenzione.

NpL è la filiazione italiana di due progetti nati negli USA.

Il più antico è il progetto delle biblioteche americane: Born to read, promosso dall'American Library Association e ora gestito dalla sua sezione che si occupa di biblioteche per bambini, la ALSC (www.ala.org/ala/alsc/alscresources/bornread/bornread.htm).

Il più recente è il progetto dei pediatri americani: Reach Out and Read nato nel 1989 (www.reachoutandread.org).

In Italia Nati per Leggere è nato nel 1999 ad opera dell'Associazione Culturale Pediatri e dell'Associazione Italiana Biblioteche e viene realizzato con la collaborazione del Centro per la Salute del Bambino ONLUS, certificato ISO 9000, che ha sede a Trieste.

Il progetto nasce per suggerire ai genitori di leggere ad alta voce ai loro figli fin dal 1° anno di vita.

Le basi teoriche di NpL sono chiare. Numerose ricerche hanno oramai provato che leggere fiabe, storie, poesie, filastrocche ad alta voce ai bambini, da parte dei genitori, e fin dai 6 mesi di vita, produce numerosi benefici: interesse per la lettura, precocità nell'inizio della lettura, aumento dei legami relazionali fra genitori e figli; inoltre la pratica aumenta la possibilità che libri entrino nelle case dove non ce ne sono.

La novità del progetto NpL sta nel fatto che i pediatri italiani aderenti al progetto suggeriscono (quasi "prescrivono") ai genitori di leggere ai loro bambini fin dai primi mesi; tengono libri nelle sale d'attesa e, per rendere più "visibile" il loro gesto, in molte sedi dove si è ottenuto il finanziamento da enti pubblici o privati, regalano un libro ai bambini.

I bibliotecari hanno elaborato una guida bibliografica per scegliere libri a seconda delle varie età del bambino, operano collegamenti fra biblioteche e pediatri, aprono alle età più giovani le loro biblioteche.

Il progetto ha avuto successo. In alcune regioni tra le quali il Piemonte, la

Basilicata, la Sardegna, NpL è sostenuto dalle stesse Amministrazioni regionali e ha una dimensione regionale, in molte province la dimensione è provinciale. Esso è oramai attuato con maggiore o minore intensità in tutte le regioni. Si stima che circa il 15% della popolazione italiana 0-6 anni sia in contatto con il programma. È stata fatta una valutazione in alcune regioni di quanto viene attuata la lettura ad alta voce nelle famiglie. Oramai sono impegnati nel progetto la quasi totalità delle biblioteche pubbliche e oltre mille pediatri. Esiste una convenzione con il Ministero della Pubblica Istruzione per portare il progetto nelle scuole per l'infanzia. Nati per Leggere entra a far parte del "Sei più uno", programma di prevenzione per la prima infanzia "evidence based", implementato in base a un progetto finalizzato del Ministero della Salute in tre regioni italiane (Basilicata, FVG, Piemonte).

Ha ottenuto il patrocinio del Ministero per i Beni e le Attività Culturali e il premio per il miglior progetto di promozione della lettura. La sua evoluzione è stata presentata ai congressi annuali di Reach Out and Read a Boston e S. Francisco nel 2003-2004 e a "Passaparola", (2004).

Al Forum Nazionale sulla promozione della lettura (cui partecipano editori, librai, biblioteche, Ministero dei Beni Culturali, Presidenza della Repubblica, Regioni) NpL è stato definito "il progetto che può cambiare il panorama della lettura in Italia". Situazione a novembre 2004: il programma è attivo su tutto il territorio nazionale, con 220 progetti locali attivi e finanziati, oltre 900 pediatri di base e una trentina di ospedali che aderiscono. Una informazione completa anche sui materiali disponibili può essere trovata su www.aib.it/aib/npl/npl.htm o richiesta a csb.trieste@libero.it (040-3220447) che cura in particolare la collaborazione con i pediatri. Ci sono nel mondo numerosi progetti consimili: Book Start nel Regno Unito (1999) come componente dei programmi di supporto precoce a genitori e bambini (www.bookstart.co.uk) entrato di recente nel programma materno-infantile del NHS in gran parte del Regno Unito. Nel 2003 è

nato un programma di promozione della lettura precoce in Israele e nello stesso anno, è nato anche grazie alla collaborazione di NpL, "Nascuts par Llegir" in Catalogna. Nel 2004 un programma simile è stato proposto in Romania.

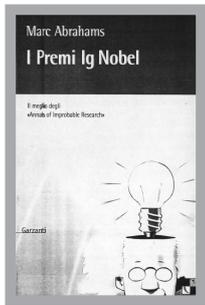
Nel 2004 il programma è stato presentato alla Banca Mondiale come componente dei programmi di Early Childhood Development (www.worldbank.org) nei paesi in via di sviluppo. Tuttavia ogni rosa ha le sue spine e le SSLL devono essere messe al corrente di una spiacevole situazione che può arrecare alcune confusioni. La Glaxo SmithKline, una multinazionale farmaceutica, dopo che NpL era già nato e si era affermato, ha deciso di dare vita a un suo progetto denominato Leggere per Crescere, iniziativa evidentemente molto simile, ma senza alcuna collaborazione di scuole e bibliotecari. Dopo qualche tempo l'iniziativa si fermò anche perché la GSK, per quella stessa iniziativa, dovette affrontare un caso giudiziario sul materiale in distribuzione.

Attualmente però la GSK si è rimessa a proporre il suo progetto puntando sui pediatri e sugli enti pubblici dai quali i pediatri dipendono, in qualche sede puntando sulle farmacie, talora utilizzando singole personalità autorevoli che si ritiene possano spostare equilibri tra i pediatri. Ovviamente questo produce confusione e sconcerto e noi Le scriviamo questa lettera in modo che Lei sappia come stanno le cose nel caso che da parte della multinazionale GSK le venisse chiesta collaborazione.

Nati per Leggere ha sempre tenuto a difendere la natura no profit del progetto e ha anche elaborato un suo codice per le relazioni con le imprese. Sarebbe veramente triste che l'entusiasmo e la disponibilità di famiglie, pediatri, bibliotecari, insegnanti venisse asservito agli interessi commerciali di un'azienda. Contiamo pertanto sulla Sua attenzione e sulla Sua vigilanza affinché una grande iniziativa di promozione umana non venga tradita dall'insidia di interessi privati.

La ringraziamo per l'attenzione che ci ha dedicato e le porgiamo i più cordiali saluti. ♦

Libri: occasioni per una



Marc Abrahams
I Premi Ig Nobel
Garzanti 2004, pp 368, Euro 18,50

Spesso la ricerca scientifica appare oscura o addirittura priva di scopo, e non solo per la cripticità e l'esoterismo del linguaggio, quanto perché molti dei soggetti dell'indagine scientifica sembrano scelti apposta per suscitare indignazione e biasimo. Ciò vale non solo per i profani ma anche per gli addetti ai lavori. Fortunatamente all'interno della comunità scientifica ci sono persone propense allo scherzo e all'ironia. Qualche anno fa il fisico Alan Sokal della New York University pubblicò su una prestigiosa rivista culturale un articolo intitolato "Trasgredire le frontiere: verso un'ermeneutica trasformativa della gravità quantistica". Era una parodia, infarcita di insensatezze, di citazioni inappropriate, di concetti erronei, ma nessuno se ne accorse; quando l'autore, con un secondo articolo, uscì allo scoperto successe un pandemonio. Marc Abrahams, fondatore e direttore degli "Annals of Improbable Research" è meno perfido, ma non per questo meno efficace. Il suo libro "I premi Ig Nobel" raccoglie il meglio delle ricerche improbabili (e non riproducibili) prodotte negli svariati ambiti delle scienze: questi articoli rappresentano quanto di più inutile e assurdo si possa concepire nell'ambito di una ricerca condotta con metodi scientifici. Essendo veramente difficile stilare una classifica per inutilità di questi studi ne citerò alcuni:

- Rassegna preliminare della Rhinotilleomania (scaccolamento compulsivo) in un campione di adolescenti (Journal of Clinical Psychiatry, vol. 62, n. 6, giugno 2001, pp 426-431).
- Incapace e inconsapevole di esserlo: come le difficoltà nel riconoscere la propria incompetenza portino ad autovalutazioni esagerate (Journal of Personality and

Social Psychology, vol. 77, n. 6, dicembre 1999, pp 1121-1134).

- Alterazione del trasportatore della serotonina nelle piastrine nell'amore romantico (Psychological Medicine, vol. 29, n. 3, maggio 1999, pp 741-745).
- Relazione tra altezza, lunghezza del pene e dimensione del piede (Annals of Sex Research, vol. 6, n. 3, 1999, pp 231-235).
- Induzione e potenziamento delle nascite nelle cozze *Sphaerium striatum* con SSRI (Journal of Experimental Zoology, vol. 280, 1998, pp 260-264).
- Ferite dovute alle cadute di noci di cocco (The Journal of Trauma, vol. 21, n. 11, 1984, pp 90-91).
- Indumento protettivo con filtro contro la flautolenza umana maleodorante (brevetto n. 5.593.398, Under-Tec Corporation, Colorado).

E poi ancora uno studio premiato perché opera di 976 coautori, uno studioso premiato per aver pubblicato 948 articoli tra il 1981 e il 1990 (uno ogni 3.9 giorni). Uno di questi premi è andato a un famoso studioso italiano e alla sua équipe, ma lascio ai lettori la suspense della scoperta. È un libro indicato per passare alcune ore di sano e scientifico divertimento: quando della scienza si può ridere, essa fa meno paura. *Peppino Campo*



Gloriana Rangone, Marco Chistolini, Francesco Vadilonga

Le parole difficili. La formazione degli operatori in materia di maltrattamento ed abuso minorile

FrancoAngeli 2004, pp 112, Euro 13,00

Il libro nasce dall'esperienza maturata dagli autori nella formazione degli operatori in materia di maltrattamento e abuso minorile. È però anche uno strumento per rivedere strate-

gie e modalità di intervento nella formazione e nell'aggiornamento professionale; soprattutto per chi vi è impegnato in qualità di docente o di animatore. Già dalle prime pagine emergono i requisiti necessari per una formazione di qualità, poi riassunti in una sorta di linea guida, che tiene conto di aspetti quali il contesto da cui emergono il bisogno formativo, la motivazione e la disponibilità al cambiamento di operatori che devono imparare a "giocare meglio le carte" che già utilizzano, la consapevolezza di aspetti emotivi con cui fare i conti e da gestire nel migliore modo possibile, il passaggio efficace di informazioni che contemporaneamente faccia crescere la curiosità e nascere interrogativi, la proposta di stimolazioni e attivazioni di gruppo attraverso metodiche di qualità elevata.

L'intervento di formazione viene presentato come un lavoro in parte da pensare e preparare prima, in parte da inventare a caldo. Vengono sottolineate la necessità della contrattazione su obiettivi che devono essere concreti (che cosa si vuole vedere succedere, che cosa si vuole vedere cambiare) e l'importanza, più che della costruzione di un progetto formativo compatto, della possibilità di scegliere strategie differenti e adattabili durante il percorso. Il testo è ricco di interessanti esempi tratti da esperienze di formazione nel campo della tutela, condotte con figure professionali diverse, che testimoniano la complessità di situazioni in cui, oltre a saper utilizzare tecniche e strumenti, è importante mantenere protagonista la relazione. Determinante in tal senso è il ruolo del formatore che, oltre a portare se stesso e il suo bisogno di essere accettato e confermato, deve sapersi muovere in modo elastico e flessibile all'interno di una relazione che riguarda il gruppo dei discenti, ma contemporaneamente anche i singoli, ciascuno con le proprie abilità e competenze, ma anche con bisogni e difficoltà. A fine lettura, oltre all'interesse per i temi affrontati, resta la consapevolezza che l'efficace intervento di formazione non deve essere "il passaggio di codificati protocolli comportamentali", ma "un'aggiunta, anche piccola, a quello che c'è già, lasciando all'altro il compito di giocare quel nuovo ingrediente come può e come vuole". E questo, come suggeriscono gli autori, è un aspetto importante non solo per animatori e docenti, ma anche per ciascuno di noi che, quale discente, voglia operare una scelta consapevole nell'attuale ampio e variegato panorama di offerte formative.

Federica Zanetto

buona lettura



Howard Buten

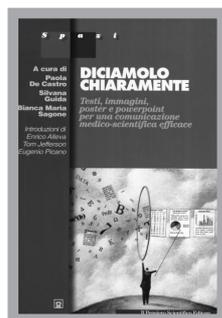
Quando avevo cinque anni mi sono ucciso
G. Tranchida Ed. 2003, pp 203, Euro 13,50

Non fatevi spaventare dal titolo: leggetelo. Io l'ho tenuto sulla scrivania per 6 mesi prima di farlo. "La mamma mi ha detto che un giorno, quando sarò grande, amerò qualcuno e quello vorrà dire che impedirò a chiunque di fare del male a chi amo. Io pensavo che fosse Shrub. Ma non era lui. Era Jessica". È una piccola parte del racconto del piccolo Burt, 8 anni, trattenuto in un "Centro" di Neuropsichiatria infantile degli Stati Uniti per un amore fanciullesco con Jessica, visto dagli adulti con schemi da adulti, ma ignoti al piccolo Burt. Un "Centro" di Neuropsichiatria infantile che è proprio un vecchio "riformatorio", anche se apparentemente penetrato di cultura moderna accoppiata a metodi antichi di gestione, dove chi "cerca di comprendere" i bambini viene allontanato da questi e licenziato; i "dottori" usano la contenzione, la cinghia dei pantaloni, e Burt finisce spesso nella solitudine della "Stanza del riposo" per infrazioni; che sono poi i sogni di Burt. Del resto, fra gennaio e giugno 2003, 15.000 bambini americani sono stati ristretti in centri di detenzione per carenza di strutture per problemi di salute mentale; 168 hanno tentato il suicidio in questi centri (*Lancet* 2004;364:223). Quindi in fondo Burt si può ritenere fortunato.

Jessica, invece, per allontanarla dalle tentazioni, viene portata in una scuola privata e lontana, nell'Ohio. La storia di Burt è raccontata da lui stesso e quindi con il linguaggio e le immagini di un bambino che segnano una drammatica discontinuità con quello degli adulti. Il linguaggio è schietto, semplice, spoglio, talora immaginifico ma del tutto incomprendibile alla logica riduttiva e raziocinante degli adulti: "Dov'eri? Io ero dentro il pigiama e sono andato di là". È il linguaggio di un

bambino che sogna e i suoi sogni vengono scambiati, dalla stupidità degli adulti, per sintomi. È il linguaggio di un bambino che si vede com'è, ma procede con una logica elementare, ma micidiale, e quindi non può/non deve credere che "Babbo Natale c'è" perché lui, il bambino, è ebreo: e quindi... Burt sogna perché, di fronte alla logica degli adulti che non comprende, sente il bisogno di riprendersi il suo diritto e non può che trovarlo nella fantasia, nel sogno e purtroppo in quello che per gli adulti è "nonsense". Ma per lui no. La prima edizione del libro è del 1981, quando vendette un milione di copie; l'autore è uno psicologo che si occupa di bambini autistici.

Giancarlo Biasini



Paola De Castro, Silvana Guida, Bianca Maria Sagone

Diciamolo chiaramente.

Testi, immagini, poster e powerpoint per una comunicazione medico-scientifica efficace

Il Pensiero Scientifico Ed. 2004, pp 325, Euro 28,00

"Scrivi poco, parla sobriamente, non strafare". "Costanza, cura, pazienza, senso critico, fatica, leggerezza". Imparare ad accettare le critiche, a confrontarsi, a condividere la propria esperienza e diventare un lettore e un ascoltatore più consapevole (...) capire, informarti, chiederti perché, prendere le distanze dalle tue idee, imparando al tempo stesso a comunicarle e a difenderle".

Sono i principi (alcuni) per una comunicazione medico-scientifica efficace; suscitano curiosità e interesse per un libro ricco di informazioni, suggerimenti, strategie e raccomandazioni per la preparazione di una presentazione a un congresso e la scrittura di un testo.

Le autrici rispondono a molti degli interrogativi che in tali occasioni si pongono (o si dovrebbero porre): come riuscire a leggere le cose più utili per scrivere meglio, come acquisire familiarità con la scrittura biomedica, come rapportarsi in modo corretto con il mondo dell'editoria, come organizzare la struttura di un testo chiaro, comprensibile, interessante (la scelta delle parole, la costruzione delle frasi, l'uso corretto di punteggiatura) quali regole osservare per la redazione di una bibliografia. Molto utile per noi, spesso impegnati nell'allestimento degli atti di un congresso o nella scrittura di un abstract o nella preparazione di opuscoli informativi, è il capitolo sulla letteratura grigia, definita nel libro "la Cenerentola della letteratura, per tradizione povera e stringata nella forma, ma ricca di contenuti – preziosa fonte di informazione in ogni settore disciplinare". Anch'essa richiede "un'attenzione e un rigore redazionali assimilabili a quella della letteratura aperta". Il capitolo è ricco di interessanti indicazioni per organizzare un rapporto, per revisionare documenti scritti da altri, per impostare un articolo divulgativo. Altre pagine sono dedicate alla scrittura di testi destinati al web e alle regole per la stesura di un comunicato stampa.

Suggerimenti molto utili sono anche quelli riguardanti la produzione di materiale e opuscoli per i pazienti, dove l'informazione diventa strumento di cambiamento se aggiunge a ciò che l'altro già conosce notizie e indicazioni appropriate e comprensibili (attenzione a linguaggio e termini non chiari), assimilabili (adeguate agli schemi cognitivi dei destinatari), interessanti (utilizzando anche parole significative per i pazienti), attuabili senza difficoltà, verificate e consolidate (con il confronto e la condivisione dei materiali prodotti con e tra piccoli gruppi di pazienti).

Da tenere a portata di mano anche per perfezionare la comunicazione per immagini (poster e presentazioni in powerpoint), il libro è davvero una guida preziosa per la comunicazione medico-scientifica. Perché, come dice E. Picano nelle pagine introduttive, "saper scrivere, così come saper parlare e saper ascoltare, spesso vuol dire, nel nostro lavoro, tornare a casa e modificare qualcosa – di piccolo o grande – nella pratica quotidiana".

Federica Zanetto

info: notizie

Latte artificiale Coop a prezzi europei

La nostra rivista non ha mai ospitato interventi di produttori di latte artificiale, ma l'evento di un distributore italiano che vende il latte a un prezzo eguale a quello di Helsinki è troppo importante per passarla sotto silenzio e per non cercare di capire qualcosa della formazione del prezzo del prodotto. Abbiamo quindi rivolto qualche domanda a Domenico Brisigotti, Direttore Prodotti a Marchio di Coop Italia.

D. La nostra rivista ha condotto, 3 anni fa, la prima inchiesta sulla differenza di costo fra i prezzi europei e quelli italiani dei latti artificiali. Siamo rimasti "sconcertati" dal prezzo che proponete per il vostro latte. Dieci euro al kg è la metà o un quarto di quelli ora in vigore. Non pensavamo si potesse arrivare a tanto. Le chiediamo, quindi, da dove viene un latte così economico?

R. Il prodotto viene da Unicopa Group, un gruppo cooperativo francese che lavora nel settore lattiero-caseario da 37 anni e dove trovano impiego circa 5.000 persone tra agricoltori, allevatori e dipendenti. È composto da 5 aziende, tra cui Cofranlait (l'azienda del gruppo che confeziona il latte in polvere Coop) specializzata in confezionamento e produzione di prodotti dietetici per la prima infanzia. L'impianto produttivo di Unicopa, specializzato nella produzione del latte in polvere, è a Guingamp in Bretagna, ed è stato rinnovato nel 1991. L'Azienda possiede le seguenti certificazioni: Vision 2000 (Sistema di Qualità), ISO 14000 (Certificazione Ambientale), ECOCERT (Certificazione per la produzione di prodotti biologici), Agriconfianze (Sistema di certificazione che garantisce il controllo della filiera del latte dagli allevamenti, raccolta e trasformazione). Tutti gli allevamenti sono certificati Vision 2000 e rappresentano l'80% della produzione di latte raccolto in Bretagna. Possiede una struttura, a Parigi, dove si effettuano studi di nuovi prodotti e materie prime, collabora con il National Agronomic School e l'INRA (National Institute of Agronomic Research). Cofranlait fondata nel 1983, fa parte del gruppo Unicopa dal 2002, il

sito produttivo che confeziona il latte è a Doullens (180 km al nord di Parigi, Francia). L'Azienda possiede le certificazioni già viste sopra, è membro dell'IFM (International Association of Infant Food Manufacturers), fa parte anche del gruppo Alliance 7, Organizzazione Francese dell'industria alimentare per prodotti dietetici e della prima infanzia. Dispone di una capacità produttiva di 60.000 tonnellate/anno di prodotto confezionato. In passato ha prodotto latte per Mellin.

D. Come è possibile una riduzione così marcata e giudicata finora impossibile da chi è sul mercato? La riduzione del prezzo avviene all'origine, o nel corso della distribuzione, avendo voi una rete già consolidata?

R. All'origine (dal latte vaccino alla scatola finita) non vi è possibilità di sviluppare alcuna economia: non è sul processo produttivo e sulle materie prime che si può risparmiare. Il prodotto ha caratteristiche qualitative assolutamente allineate a quelle dei più importanti marchi affermati in Italia (si veda la rispondenza alle norme ESPGAN). Coop, però, non sosterrà i costi di una rete di propaganda. Va detto comunque che il prezzo di 10 euro al chilogrammo non è assolutamente eccezionale se si guarda alle altre piazze europee, dove il prodotto arriva ai consumatori perlopiù attraverso la moderna distribuzione e non attraverso le farmacie come invece accade da noi.

D. Avrete una rete di propaganda che presenterà il prodotto ai pediatri o la presentazione avverrà solo negli scaffali Coop?

R. Non avremo una rete di propaganda ma stiamo cercando altre soluzioni più economiche per raggiungere i pediatri.

D. Non venderete il latte in farmacia ma solo nei vostri supermercati?

R. Il prodotto è nato per essere venduto nei nostri punti vendita. Le prime settimane hanno evidenziato risultati largamente superiori alle previsioni, che fanno già registrare il tutto esaurito in alcuni punti vendita.

D. Avete iniziato presentando il vostro latte con pubblicità sui giornali. Ciò concretizza una "non aderenza" al codice

internazionale della commercializzazione dei latti che dice all'articolo 5 (comma 1): *There should be no advertising or other form of promotion to the general public of products.* Avete pensato che fosse l'unico modo per presentarvi?

R. In realtà questo prodotto è l'ultimo di una lunga serie, abbiamo sviluppato altri prodotti per l'infanzia sempre seguendo il Codice.

Consigliamo, per fare solo un esempio, il consumo di baby food dal 6° mese e non dal 4°, consiglio antieconomico come si può comprendere. In questo caso però, pur rispettando la legge italiana in materia, abbiamo ritenuto prioritario informare sul risparmio che le famiglie potranno realizzare. Coop è nata proprio per tutelare il potere di acquisto dei soci consumatori.

Latte artificiale e regioni

La Conferenza stato-regioni è intervenuta sul regolamento della pubblicità e la vendita degli alimenti per lattanti, predisposto dal ministro Sirchia d'intesa con il ministro per le Attività produttive Marzano.

Le regioni sottolineano la necessità di prestare "particolare attenzione alla tutela economica dell'utente, anche nella fase successiva alla dimissione ospedaliera". Ciò vuol dire, in pratica, che le strutture sanitarie pubbliche non potranno più ricevere gratuitamente il latte artificiale dalle aziende e distribuirlo alle mamme, che poi lo acquistano in farmacia o al supermercato, una volta dimesse dall'ospedale. Ora sembra (è d'obbligo il dubbio) che gli ospedali dovranno comprarlo, scegliendo a parità di qualità il prodotto che costa meno.

Il regolamento predisposto dal Ministero prevede anche il "divieto di ogni forma di pubblicità degli alimenti per lattanti", comprese quelle su riviste scientifiche, in occasione di convegni, congressi, stand ed esposizioni, negli studi medici, nei punti vendita, attraverso materiale informativo e didattico. Vietata anche "ogni forma di distribuzione di campioni gratuiti o a basso prezzo o di altri omaggi di alimenti per lattanti alle donne incinte, alle madri e ai membri delle famiglie direttamente o indirettamente attraverso il sistema sanitario o i medici e gli informatori sanitari".

sulla salute

Latti e farmacie lombarde

I farmacisti lombardi sostengono l'allattamento al seno come alimentazione perfetta per il neonato ed insieme alla regione Lombardia, all'Istituto Mario Negri e all'ACP Milano e provincia hanno lanciato una campagna per fare conoscere alle famiglie i latti a minore prezzo. Stralciamo alcune parti del loro documento presentato da Paolo Gradinik, Presidente di Federfarma Lombardia.

I farmacisti lombardi vogliono una mamma più informata e consapevole qualora si renda necessario, su indicazione del pediatra, l'utilizzo del latte artificiale. I farmacisti lombardi hanno salutato con favore l'iniziativa del ministro Sirchia che prevede un "atto di buona volontà" da parte delle aziende produttrici di latte artificiale per la prima infanzia per un ribasso dei prezzi di cessione alle farmacie di circa il 26% e un impegno di queste ultime a far sì che tale ribasso raggiunga il 30% del prezzo attualmente consigliato dai produttori per il consumatore finale. I farmacisti lombardi giudicano l'iniziativa ministeriale come "un primo passo" verso la normalizzazione agli standard europei dei prezzi di un mercato fino a oggi salatissimo per le famiglie italiane, ma sono stanchi di distribuire nelle farmacie un alimento sicuramente importante, ma a prezzi ingiustificabili rispetto agli altri Paesi europei. Non sono più disponibili a giocare la loro immagine professionale con i genitori italiani per le costose scelte di marketing delle aziende produttrici che si sono riversate nelle tasche dei genitori e nei biberon dei bambini.

L'operazione Sirchia produrrà un ribasso del 30%, questo è il massimo risultato che si poteva ottenere con la concertazione i farmacisti hanno fatto la loro parte. Ma siamo ancora lontani dai prezzi europei e si deve puntare anche su un'altra strategia: un'operazione culturale.

I farmacisti lombardi lanciano una campagna per mamme e papà più consapevoli che siano protagonisti, insieme a pediatri e farmacisti, della normalizzazione del mercato, scegliendo sempre il prodotto più conveniente. Esiste infatti una legge europea che garantisce in modo assoluto i consumatori sulla composizione del latte artificiale di tipo 1

fino ai 4/6 mesi e di tipo 2 fino ai 12 mesi. Questo significa che tutte le aziende offrono sul mercato prodotti equivalenti nell'assicurare i contenuti nutrizionali standard europei nelle formule di tipo 1 e 2.

Gli strumenti informativi di questa campagna serviranno al farmacista per rassicurare i genitori su alcune importanti nozioni culturali ed economiche affinché, con il parere del pediatra, operino una scelta più consapevole. In Italia peraltro già esiste latte per prima infanzia di produzione italiana o estera garantito e con un prezzo europeo. "Scegliendo il prodotto più economico ma di qualità e contenuti garantiti" – ha concluso Gradinik – "la mamma italiana può, insieme al pediatra e al farmacista, essere protagonista nell'uniformare il mercato italiano agli standard europei anche in fatto di prezzi".

Vioox. Confusione e altro alla FDA

Riportiamo sinteticamente, per la traduzione di Stefania Manetti, un editoriale di Kamran Abbasi, acting editor del BMJ, comparso sulla rivista il 26 novembre 2004.

La Food and Drug Administration americana si confronta con un'accusa straordinaria.

David Graham, direttore associato della FDA sulla sicurezza dei farmaci, era talmente preoccupato di rendere noti rapidamente i dati sul Vioox su Lancet (vedi Quaderni acp 2004; 6:252) che ha esposto il problema al Gruppo di Responsabilità del governo (*Government accountability group GAP*) del Senato che protegge coloro che vogliono denunciare pubblicamente situazioni di grave pericolo.

Ma qui nasce un problema: un manager della FDA contatta il GAP per prevenire il Dr Graham, affermando che i dati che sarebbero stati presentati dovevano essere considerati di nessun valore ("immondizia", dice Abbasi). Il Manager accusava Graham di cattiva condotta. Il GPA ha analizzato le due versioni della storia e trovato che falsa era quella del manager della FDA e non quella di Graham che, resa la sua testimonianza al Senato, è ritornato al lavoro che stava per

perdere; qui ha descritto l'approvazione del *rofecoxib* come "la più grande catastrofe sulla sicurezza del farmaco della storia", ricevendo una "standing ovation" dai suoi colleghi. Con ciò si capisce che aria tiri dentro la FDA in questo periodo e solleva seri dubbi sulla capacità della FDA di adempiere al proprio ruolo di controllore. Perché "catastrofe"? I pericoli del *rofecoxib* – dice Graham – erano già evidenti 8 anni or sono e furono taciuti.

Quest'ultima terribile storia potrebbe essere l'esempio più grave di inadempimento al proprio ruolo di controllore dopo lo scandalo della talidomide. La vita della FDA non è stata tranquilla negli ultimi tempi e le accuse di vicinanza eccessiva all'industria sono state molte (BMJ 2004; 329:189); e ce ne sono state altre di eccessiva vicinanza al potere politico come la sua decisione di non offrire contraccettivi da banco per situazioni di urgenza (BMJ 2004;324:1219). Non che il sistema di controllo inglese sui farmaci (MRHA) si debba sentire al sicuro da critiche. La saga dell'anno sulla *paroxetine* ha evidenziato come le due agenzie di controllo, inglese e americana (le principali al mondo) siano della stessa razza. Ma forse c'è ancora di più e Kamran conclude che è stato sorpreso dal fatto che, in una riunione sul futuro del Servizio Sanitario inglese, coloro che dovevano prendere delle decisioni hanno ritenuto che l'industria del farmaco possa diventare senza rischio il principale finanziatore per la ricerca e lo sviluppo del Servizio Sanitario. C'è stato solo un lieve accenno al problema della trasparenza, ai conflitti di interesse, al difficile sbrogliamento del rapporto tra le industrie farmaceutiche e i controllori dei farmaci. Ci si chiede: quando i dirigenti del Servizio Sanitario Nazionale ci dimostreranno che il loro ruolo primario è di proteggere più il pubblico che l'industria?

PS. *Quello che non si capisce – scrive il NEJM del 23 dicembre a p 2767 – è perché mai non vengano ritirati tutti i cox2 inibitori: il valdecoxib (Pfizer) per esempio è usato da milioni di pazienti, la sua cardiotoxicità è dimostrata in almeno due RCT, ma continua a essere regolarmente commercializzato (ndr).* ♦

Modifiche della prescrizione dell'ormone della crescita

Una proposta dell'ACP

Sergio Bernasconi¹, Brunetto Boscherini², Amnon Cohen³, Roberto Lala⁴, Mauro Pocecco⁵, Mohamad Magnie⁶, Pietro Panei⁷, Aldo Ravaglia⁸

¹Direttore della Clinica Pediatrica dell'Università di Parma; ²Consulente per l'Endocrinologia Pediatrica presso il Policlinico Tor Vergata, Roma; ³Direttore di Struttura Complessa di Pediatria, Ospedale San Paolo, Savona; ⁴Endocrinologo Pediatrico, Ospedale Infantile Regina Margherita, Torino; ⁵Direttore di Struttura Complessa di Pediatria, Ospedale M. Bufalini, Cesena; ⁶Endocrinologo Pediatrico, Ospedale San Matteo, Pavia; ⁷Epidemiologo, Istituto Superiore di Sanità; ⁸Pediatra di famiglia, Chivasso

Abstract

Changing the prescription normative for growth hormone. An ACP proposal

A proposal coming from ACP (Paediatrician's Cultural Association) for changing the normative prescription for Growth Hormone at the National Health Service's expense is shown.

Key words Growth hormone. GH. Therapeutical use of GH

Quaderni acp 2005; 12(1): 20-21

Viene presentata una proposta dell'Associazione Culturale Pediatri di modifica delle norme di prescrizione a carico del Servizio Sanitario Nazionale dell'Ormonone della crescita.

Parole chiave Ormonone della crescita. GH. STH. Uso terapeutico dell'STH

Il Direttivo ACP ha chiesto, alla fine del 2002, Presidente D'Andrea, a un gruppo di endocrinologi pediatri (gli autori di questa nota) di elaborare una proposta di aggiornamento della nota 39 della CUF sulla prescrivibilità a carico del SSN dell'ormone della crescita.

Il gruppo di studio, nell'arco dell'anno 2003, in ripetuti incontri, ha elaborato una proposta di revisione della nota 39, identificando tre aspetti critici:

- A "Motivazioni e criteri applicativi", soprattutto quelli relativi ai criteri auxologici e ormonali
- B "Prosecuzione del trattamento in età adulta"
- C "Istituzione di Commissioni Regionali" preposte alla sorveglianza epidemiologica e alla valutazione dell'efficacia terapeutica.

La relazione del gruppo di lavoro è stata inviata alla Commissione Unica del farmaco (ora Agenzia Italiana del Farmaco: AIFA) come proposta dell'ACP.

L'AIFA ha accettato integralmente la proposta.

Per i nostri lettori pubblichiamo:

1. la relazione del gruppo di lavoro con le motivazioni che portano alla richiesta di modifica della nota;
2. il testo della nota 39 con le parti giudicate critiche in corsivo nero;
3. Le modifiche proposte in **corsivo rosso**.

A pag 33 pubblichiamo, a chiarimento, due casi paradigmatici

Per corrispondenza:
Aldo Ravaglia
e-mail: alravaglia@tiscalinet.it

mediante le più precise valutazioni clinico-auxologiche previste dalla revisione proposta (punto A della parte 3).

1.7 Vengono introdotte nuove definizioni e modalità organizzative di appropriatezza e sorveglianza epidemiologica. In particolare viene introdotta la *Commissione Regionale di controllo* con i compiti di sorveglianza epidemiologica dei casi in trattamento e di monitoraggio dell'appropriatezza del trattamento. La Commissione Regionale svolge il suo ruolo mediante l'istituzione di apposito registro e la formulazione di parere in caso di richiesta di autorizzazione al trattamento per pazienti con alterazioni clinico-auxologiche e normale secrezione di GH.

1.8 Viene modificata la parte relativa ai criteri di valutazione della prevalenza dei soggetti sottoposti al trattamento in base alla rilevazione del tasso di esposizione al trattamento e non dei soli casi di deficit di GH (prevalenza dei soggetti trattati che tiene conto sia dei soggetti con deficit di GH che di quelli affetti da *sindrome di Turner*, *sindrome di Prader-Willi* e *insufficienza renale cronica*).

2. L'attuale nota 39: punti critici

La parte della nota che riguarda i bambini dice che "il farmaco è prescrivibile in classe A", limitatamente alle seguenti indicazioni:

Età evolutiva

- ▶ bassa statura da deficit di GH;
- ▶ sindrome di Turner citogeneticamente dimostrata;
- ▶ deficit staturale nell'insufficienza renale cronica;
- ▶ sindrome di Prader-Willi in soggetti prepuberi.

In età pediatrica la carenza di ormonone della crescita (GH) deve essere documentata da:

- a. dati auxologici (statura, velocità di crescita, età ossea, target genetico);
- b. dati laboratoristici (valori di IGF-1; picchi massimi di GH dopo uno o più test di stimolo diversi; secrezione spontanea di GH) da riportare in triplice copia sulla

1. Motivazioni per la proposta di modifiche alla nota 39

Si fa rilevare

1.1 La classificazione del deficit di GH in ipotalamico, ipofisario e *deficit dell'attività biologica* non è supportata da sufficienti riferimenti nella letteratura internazionale. I casi documentati con carenza qualitativa ("*deficit dell'attività biologica*") sono estremamente rari.

1.1.1 Conseguentemente nel testo proposto si suggerirà di eliminare il punto relativo al "*deficit di attività biologica*", riservando la prescrivibilità, in questi casi, al giudizio della Commissione regionale preposta alla sorveglianza epidemiologica e alla valutazione dell'appropriatezza clinica del trattamento.

1.2 Le recenti Consensus Conference prevedono precisi criteri clinico-auxologici e di diagnostica di immagini che vengono inseriti nel testo proposto.

1.3 Vengono introdotte entità patologiche quali l'*ipopituitarismo neonatale*, le *lesioni ipotalamo-ipofisarie* e i *difetti ipofisari multipli* che non trovano menzione nell'attuale nota e che sono sempre più frequentemente diagnosticati.

1.4 Non vengono considerati *valori isolati di IGF-1* tra i criteri ormonali di deficit di GH, in quanto non esiste accordo generale sul loro significato diagnostico.

1.5 La prosecuzione del trattamento viene considerata *possibile* (e non obbligatoria) fino al raggiungimento della statura definitiva, senza considerare lo stadio puberale.

1.6 I casi di bassa statura costituzionale e familiare nei quali il trattamento non deve essere prescritto sono esclusi

scheda epidemiologica da inviare alla AUSL di provenienza, alla Regione e all'Istituto Superiore di Sanità.

2.1. La parte da modificare

Età evolutiva

Il trattamento con l'ormone va effettuato in bambini con bassa statura e/o bassa velocità di crescita determinati da deficit di GH: la carenza di GH può essere quantitativa, determinata da cause ipofisarie e/o ipotalamiche, ma anche qualitativa, determinata da inattività biologica dell'ormone. Il deficit di GH deve essere dimostrato:

a. deficit a patogenesi ipofisaria: mancata risposta di GH a due test provocativi classici (picco di GH ripetutamente inferiore a 10 microg/l) oppure a un test massimale con GHRH + arginina o pirdostigmina (picco di GH inferiore a 20 microg/l);

b. deficit a patogenesi ipotalamica: secrezione spontanea media di GH nelle 24 ore, o quantomeno nelle 12 ore notturne, inferiore a 3 microg/l anche in presenza di normale risposta ai test provocativi;

c. deficit dell'attività biologica: bassi livelli di IGF-1 normoresponsivi al test di generazione somatomedinica in pazienti con normale secrezione somatotropa spontanea e stimolata. Il trattamento con GH biosintetico deve protrarsi in tutti i bambini fino al raggiungimento della statura definitiva al termine dell'epoca puberale. Il trattamento deve essere proseguito in età adulta in quei casi in cui sia confermata l'esistenza di un severo deficit di GH secondo i criteri applicabili in età adulta. Il trattamento non va effettuato in bambini con bassa statura costituzionale o familiare in cui non siano state chiaramente documentate le alterazioni sopra specificate. Per una sorveglianza epidemiologica delle prescrizioni è opportuno che le Autorità Sanitarie preposte tengano presente che la prevalenza dell'ipostaturalismo da deficit di GH è dell'ordine di 1/4000 abitanti.

3. Le modifiche proposte

Le modifiche proposte sono stampate in **corsivo rosso** nel punto seguente.

Età evolutiva

Il trattamento con l'ormone della crescita va effettuato in neonati con ipopituitarismo e nei bambini con bassa statura e/o bassa velocità di crescita staturale che presentano una delle seguenti caratteristiche (clinico-auxologiche o di diagnostica di immagini) specificate in [A] e nei quali, contemporaneamente, sia dimostrato il deficit di GH in base a una delle modalità specificate in [B]

[A]. Criteri clinico-auxologici e di diagnostica di immagini

1. Statura ≤ 3 DS

2. Statura ≤ 2 DS e velocità di crescita/anno ≤ 1 DS rispetto alla norma per età e sesso, misurata a distanza di almeno 6 mesi con le stesse modalità

3. Velocità di crescita/anno ≤ 2 DS o $\leq 1,5$ DS dopo 2 anni consecutivi, anche in assenza di bassa statura

4. Nei primi 2 anni di vita sarà sufficiente fare riferimento alla progressiva decelerazione della velocità di crescita (la letteratura non fornisce al riguardo dati definitivi in termini di DS)

5. Malformazioni/lesioni neuroradiologiche a livello ipotalamo-ipofisario o difetti ipofisari multipli che comportino deficit di GH accertato in base a una delle modalità sottostanti [B]

[B]. Deficit di GH dimostrato da uno dei seguenti criteri:

1. Risposta di GH < 10 microg/l ad almeno 2 test farmacologici eseguiti in giorni differenti

2. Risposta di GH < 20 microg/l nel caso uno dei 2 test impiegati sia GHRH + arginina o GHRH + pirdostigmina

3. Secrezione spontanea media di GH nelle 24 ore, o quantomeno nelle 12 ore notturne < 3 microg/l in presenza di normale risposta ai test farmacologici e valori di IGF-1 ≤ 2 DS

Il trattamento con GH biosintetico può essere effettuato fino al raggiungimento della statura definitiva e deve essere proseguito in età adulta nei pazienti in cui sia stato confermato un deficit permanente di GH secondo i criteri applicabili in età adulta. Il trattamento non va effettuato in bambini con bassa statura costituzionale o familiare in cui non siano state chiaramente documentate le alterazioni sopra specificate. In soggetti con caratteristiche clinico-auxologiche in accordo con il punto A e con normale

secrezione di GH (punto B), la terapia può essere effettuata solo se valutata e autorizzata dalla Commissione Regionale preposta alla sorveglianza epidemiologica e al monitoraggio dell'appropriatezza del trattamento con GH.

Il monitoraggio dell'appropriatezza dell'uso dell'ormone sarà effettuato da Commissioni Regionali con l'istituzione di un registro, assumendo come modello di riferimento il registro operante nella Regione Piemonte. Le Autorità Sanitarie preposte alle attività di controllo invieranno i dati dei Registri Regionali, con cadenza annuale, all'Istituto Superiore di Sanità che si farà carico della sorveglianza epidemiologica nazionale. Per il monitoraggio della prescrizione è necessario far riferimento alla prevalenza del trattamento, nella popolazione compresa tra 0 e 18 anni di età, che è stimabile, in base ai dati della letteratura scientifica internazionale degli ultimi 20 anni, in 1:2000 (tasso di esposizione al trattamento). Va, inoltre, tenuto conto che la coorte dei soggetti, affetti dalle principali patologie per cui è indicata la terapia con GH, è sostanzialmente stabile nel tempo e distribuita in modo omogeneo sul territorio. ♦

Bibliografia

- (1) Guidelines for the use of growth hormone in children with short stature. A report by the Drug and Therapeutics Committee of the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society. *J Pediatr* 1995;127: 857-67
- (2) Saggese G et al. Diagnosis and treatment of growth hormone deficiency in children and adolescents: towards a consensus. Ten years after the availability of recombinant human Growth Hormone Workshop held in Pisa, Italy, 27-28 March 1998. *Horm Res* 1998;50:320-40
- (3) Zadik Z et al. The definition of a spontaneous Growth Hormone (GH) peak: studies in normally growing and GH-deficient children. *J Clin Endocrinol Metab* 1992;74:801-5
- (4) AACE clinical practice guidelines for growth hormone use in adults and children. *Endocrine Practice* 1998;4:8
- (5) Consensus guidelines for the diagnosis and treatment of adults with growth hormone deficiency: summary statement of the Growth Hormone Research Society Workshop on adult growth hormone deficiency. *J Clin Endocrinol Metab* 1998;83: 379-81
- (6) Hoffman DM et al. Diagnosis of growth hormone deficiency in adults. *Lancet* 1994;344:482-3
- (7) Lissett CA, et al. How many tests are required to diagnose growth hormone (GH) deficiency in adults. *Clin Endocrinol* 1999;51:551-7

le lettere

Una diversa pediatria

È un giorno uguale agli altri, mentre vado al lavoro penso ai bambini che mi attendono e mi domando come avrà risposto all'ultima chemioterapia il piccolo G., come sarà l'emocromo di V. sempre un po' fiacco dopo il cisplatino e penso anche al sorriso e al grande bacio che di certo mi stamperà J. sulla guancia! Lavoro nel Dipartimento di Pediatria di una Università meridionale; mi occupo da alcuni anni dei bambini con tumore del SNC, che considerano il reparto come una seconda casa e noi medici come zii; certo non mancano i problemi e le difficoltà di ogni ospedale che si rispetti: le risposte degli esami non sono sempre facilmente reperibili, la TAC o la RMN in manutenzione, i farmaci ordinati ma in giacenza in farmacia; sono piccole avversità che complicano la routine quotidiana, ma non intralciano la cura dei piccoli pazienti. Mentre penso alla lista di cose da fare per portare a termine la giornata, la mia mente ritorna alla diversa pediatria che ho vissuto per due estati in un piccolo e povero paese africano (Repubblica Democratica del Benin in Africa Occidentale). La prima volta che un medico va in Africa inevitabilmente si ritrova ad essere più turista che professionista! Soltanto conoscendo una realtà così differente dalla nostra si può poi agire con la consapevolezza di ciò che si ha davanti e dei mezzi a disposizione. Immediatamente colpisce il paesaggio sconfinato, il cielo più azzurro, la terra rossa... poi vedi quello che realmente c'è o meglio non c'è! La popolazione vive in miseri villaggi di fango senza luce, senza acqua, dovunque ci sono bambini bellissimi, con gli occhi neri, profondi, penetranti e... vestiti di sole! Nei villaggi la gente, se ha qualche problema di salute, si rivolge prima allo stregone che pratica, qualunque sia il problema, dei tagli sul corpo del malato, così con il sangue si allontana anche il male! La febbre può essere curata con intrugli di erbe e di radici oppure con pillole acquistate sulle bancarelle del mercato, scarti senza nome della farmacologia occidentale!

Gli ospedali riconosciuti dal governo sono pochi, in larga parte dipendenti dagli aiuti delle organizzazioni occidentali che inviano soprattutto farmaci non prodotti localmente. L'ospedale ha soltanto un ecografo, non bene funzionante anche per l'estrema umidità del clima e un apparecchio radiologico! I nostri colleghi africani non hanno mai visto una TAC o una RMN e mi chiedono se le immagini riprodotte sono davvero eloquenti come una fotografia del corpo umano.

Le stanze sono piene di letti, bambini, mamme; non vi sono lenzuola, ma stuoie e stoffe colorate; i contenitori delle soluzioni per fleboclisi sono racchiusi in garze e sono appesi a un chiodo posto alla sommità del letto del paziente e successivamente sono utilizzati come contenitori per le urine da mostrare al girovisita per valutare la presenza di emolisi legata alla malaria oppure ai farmaci.

I pazienti pagano per il sangue che deve essere trasfuso, pagano per le analisi da eseguire; così al primo ricovero si chiedono l'emoglobina e la conta dei globuli bianchi e successivamente si valuta il da farsi! Riscopri l'importanza di un attento esame clinico, perché è l'unico che aiuta, riscopri l'utilità di pochi esami per giungere alla diagnosi finale; a volte sei scoraggiato perché il bambino con il mielomeningocele non può essere operato, il bambino con sindrome nefrosica è diventato corticoresistente e ti chiedi se troverai la ciclofosfamida, il piccolo malnutrito si rifiuta di mangiare, non vuole più lottare! Ti arrabbi quando in pronto soccorso arriva una bambina in coma perché "aveva la febbre ed è stata consigliata l'assunzione di una tisana", o arriva il ragazzino con il tetano post-circoscisione! Ti viene da piangere quando pensi che per molte famiglie un figlio con una malattia cronica è un peso difficile da sopportare e allora "è preferibile che tutto finisca presto perché tanto è più facile fare un altro bambino"!

Ma poi ricordi che sei in un Paese dove, nonostante la miseria infinita, alcuni uomini e donne come te hanno deciso di studiare per riscattare se stessi e i loro

simili, allora ritorni attivo, scrivi su un pezzo di carta l'indirizzo elettronico dei siti di medicina che consulti a casa e lo doni al tuo collega beninese ora felice perché quello è il suo unico aggiornamento scientifico e potrà usufruirne nel punto internet dell'università.

Sorridi quando i bambini con malaria e tifo, le patologie imperanti, rispondono alla terapia e ritornano a casa; sei orgoglioso dei gemellini "1 kg e mezzo in due" che, a dispetto di tutto, lottano nell'incubatrice per sopravvivere, liberi da tubi e monitor.

Ti senti soddisfatto di te stesso alla fine di una giornata in ambulatorio dove hai visitato una cinquantina di bambini, alcuni dei quali con semplici faringiti, altri con le problematiche comuni del luogo: malaria, tifo, gastroenterite, polmonite, infezioni cutanee.

Per ogni successo, per ogni diagnosi e terapia corrette gioisci perché non puoi commettere errori: è troppo caro!

Giorno dopo giorno apprezzi il coraggio e la determinazione della gente locale, pazienti e personale medico, che lotta perché ovunque, anche dove non c'è nulla, la vita è sempre più forte! Ritorni a casa con un'immensa nostalgia, perché ormai il tuo cuore è rimasto in quella terra rossa e... sorridi quando entri nel tuo reparto e la caposala annuncia con un tono drammatico: "Il servizio TAC è sospeso per manutenzione".

Antonella Veneziano

Cara collega, il quadro che descrive dell'assistenza sanitaria in Africa è purtroppo realistico, ma, se ci si ferma alla constatazione dell'esistente, si rischia di dar ragione a chi considera l'Africa un continente alla deriva, senza prospettive di sviluppo e per il quale non vale la pena impiegare risorse umane e finanziarie.

Il documento della Banca Mondiale "Investing in health" segnala che occorre migliorare subito lo stato di salute della popolazione africana se si vuole che decolli un processo di sviluppo, perché la situazione è così grave che il percorso inverso (dallo sviluppo un miglio-

dei Quaderni acp

ramento della salute), che ha caratterizzato anche l'Italia del dopoguerra, ora non è possibile in Africa. Per garantire questo miglioramento è necessario il coinvolgimento attivo del più alto numero di soggetti, quali i governi, le istituzioni internazionali, le ONG e anche delle singole persone che prendono coscienza del problema.

In trent'anni di impegno nel mondo della cooperazione allo sviluppo, ho constatato che molte persone di buona volontà si sentono pressoché paralizzate di fronte alla vastità dei problemi, per cui spesso ne demandano la soluzione ai livelli politici più o meno elevati (nazionali e internazionali).

L'esperienza maturata in questi anni mi ha convinto invece che ogni persona che incontra un bisogno possa assumersi una responsabilità personale e muoversi con (commuoversi) altri amici per cominciare a dare una risposta. Dalla Sua lettera si capisce bene che Lei ha negli occhi e nel cuore i volti di quelle persone che ha incontrato e soccorso nel villaggio africano del Benin; credo che sia utile non fermarsi alla nostalgia, ma promuovere iniziative di sostegno, anche piccole, che diano un seguito positivo all'incontro fatto e contribuiscano al permanere di un'amicizia operativa.

Una delle conseguenze più dolorose della povertà è sentirsi soli e abbandonati; se le persone percepiscono di essere amate nasce in loro una nuova voglia di vivere e una corresponsabilità che le fa diventare protagoniste del loro stesso sviluppo.

Arturo Alberti

Pediatra ACP e presidente AVSI

Cose che accadono dopo un congresso

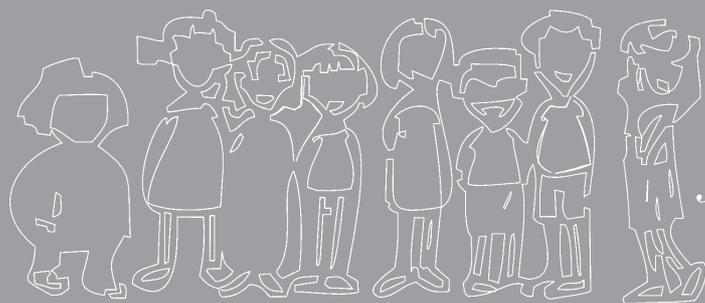
Da alcuni anni in ACP, ossia più o meno a partire dall'adozione di uno specifico Codice di Autoregolamentazione, è ormai divenuta tradizionale consuetudine confrontarsi su temi inerenti al rapporto fra medico e industrie del farmaco. Tale dibattito si è di recente arricchito per il contributo del volume di M. Bobbio e per la riflessione in corso all'interno dei

gruppi locali. Anche durante il recente ultimo Congresso Nazionale di Pescara abbiamo potuto assistere a un arricchente confronto fra le posizioni di chi tenderebbe a rifiutare ogni rapporto non strettamente scientifico col "mondo dell'industria" (Tamburini definiva – correggetemi se sbaglio – questa posizione come nata da una profonda esigenza di "testimonianza") e chi al contrario tali rapporti non esclude per motivi di concreto realismo, sottoponendoli però a una precisa normativa etica (il Codice appunto, di cui l'estensore Tamburini consigliava un'attenta rilettura). In sede d'Assemblea ho già espresso in pubblico il mio pensiero in merito e non ho certo scritto queste note per ripeterlo, ma, avendo sopportato nel 2003 con una decina di altri amici l'onore e l'onere – come si dice – dell'organizzazione del nostro Congresso Nazionale, per portare alla conoscenza di tutti gli "acipini" alcuni fatti vissuti in corso d'opera o poco dopo. Fatti tenuti fino ad ora nello stretto ambito personale ma che, ripensati a distanza di tempo, reputo possano forse rivestire un interesse più generale. In breve: al termine dei lavori dell'ultima giornata ho ritenuto mio dovere ringraziare di persona ciascuno degli informatori del farmaco intervenuti, un poco perché in parte a me noti, essendo gli stessi incontrati nella consueta attività professionale, ma soprattutto perché convinto che – sia pure in maniera indiretta – anche loro facessero parte dell'evento appena realizzato. Non immaginavo però fino a che punto questo si fosse verificato nei fatti...

Innanzitutto, con mia sorpresa, un certo numero di essi si era affrettato a comunicare la positiva impressione di diversità circa il "clima" del nostro convegno ("Sa dottore, negli altri congressi quando ci sono le relazioni noi lavoriamo molto perché i partecipanti escono e visitano gli stand. Invece qui non è venuto nessuno, erano tutti dentro ad ascoltare!"). Altri addirittura avevano anche fatto di meglio partecipando in via diretta ("Siccome eravamo del tutto disoccupati, abbiamo pensato di entrare e devo dire che alcune

relazioni che ho sentito mi hanno proprio interessato..."). Tralascio la "hit parade" delle relazioni più "gettonate" fra gli informatori del farmaco (a chi interessasse lo rivelerò in privato), ma non mi risulta che in molti altri congressi possano accadere fatti simili! C'è stato poi un ultimo tardivo "effetto collaterale" della medicina "spirituale" da noi involontariamente somministrata al vituperato mondo "commerciale" e che in piena sincerità non mi sarei mai atteso. Nel successivo anno 2004 per diversi mesi, alcuni "capi area" del farmaco sono tornati a trovarmi in ambulatorio, manifestando di loro spontanea volontà il desiderio di continuare a "sponsorizzare" il Congresso ACP ("Sa dottore, ci è sembrata una bella esperienza..."). E per dirla tutta fino in fondo, uno o due di essi, avendo ricevuto la "ferale" notizia che si trattava di un convegno senza fissa dimora e migrante per l'Italia (deve ancora essere senza permesso di soggiorno!), si erano premurati di informarsi dove si tenesse nell'anno in corso per segnalarlo ai corrispettivi "colleghi" locali. Adesso vi starete domandando come mai mi sia deciso a raccontare ora la vicenda? Mah, forse perché nell'intimo personale e segreto anch'io sento vivo il fascino e la corrispondenza della posizione di "testimonianza" prima delineata (e certo non sono il solo a pensarla così). Eppure ritengo altrettanto importante trovare il coraggio di accettare il confronto con la complessità della realtà, facendosi carico anche dei rischi di una responsabilità esercitata verso di essa, a beneficio di tutti (passatemi il paradosso, ma se il Congresso non si fa, anche la testimonianza ne soffrirebbe, o no?). E poi da ultimo mi è sembrato giusto condividere con voi l'idea che forse anche il "mondo del commercio" è fatto di persone con una testa e un cuore propri e che forse in fondo in fondo, anche avendo rapporti chiari con l'industria, si può dare una (piccola) testimonianza e quindi le due posizioni che si ostinano a fronteggiarsi nei nostri incontri non siano poi tanto distanti... forse...

Mario Narducci



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. 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.

Prevenzione dell'emorragia tardiva del neonato con vitamina K

Silvia Malguzzi*, Marina Col*, Cesare Ghitti*, Antonio Clavenna**

*Laboratorio per la Salute Materno-Infantile, IRFMN, Milano

**Clinica Pediatrica, Università di Milano Bicocca, Monza

Abbastanza recentemente si è effettuata una riclassificazione della vecchia malattia emorragica del neonato da deficit di vitamina K. In molte parti del Paese si è suggerito di modificare lo schema farmacologico per la prevenzione di questa malattia. Si sono trovate di fronte a questo problema le UO di Neonatologia degli ospedali mentre i pediatri di famiglia si sono trovati di fronte a modifiche di routine terapeutiche decise da queste ultime. In questa pagina e nell'articolo a pag 26 presentiamo le esperienze di una UO e di due pediatri di famiglia, che al di là dei suggerimenti, hanno cercato autonomamente evidenze sul problema. (ndr)

Abstract

Vitamin K prophylaxis in the neonatal period: evidence and controversies

Vitamin K deficiency can account for serious bleeding in the neonatal period. Oral and intramuscular prophylaxis at birth can prevent classical vitamin K bleeding (VKDB); however the efficacy on late VKDB is controversial. Oral phytomenadione prophylaxis given as single dose at birth is less effective than intramuscular administration. Multiple oral doses could be effective, but there are no uniform recommendations regarding the need of further supplementation. At this regard, a bibliographic search in MEDLINE was performed (using Clinical Queries mask) and an observational study concerning weekly oral vitamin K prophylaxis was found and evaluated. No cases of VKDB were revealed in 396,000 physiologic newborns receiving oral phytomenadione 2 mg at birth, followed by 1 mg weekly until 3 months of age. These results suggest that a weekly oral prophylaxis could be a cost effective strategy in preventing late VKDB.

Quaderni acp 2005; 12(1): 26-28

Key words Hemorrhagic disease of newborn. Vitamin K deficiency. Prevention and control. Vitamin K administration and dosage

Il deficit di vitamina K nel neonato è associato a emorragia. Se è documentata l'efficacia della somministrazione alla nascita di una dose di fitomenadione (per os o im) nel prevenire la comparsa di emorragie nella prima settimana di vita (forma classica della malattia), la profilassi della forma tardiva è oggetto di controversie. Per questa forma la somministrazione di una singola dose im è più efficace della via orale; rimane da stabilire se sia necessario supplementare il neonato anche dopo la nascita, e con quale schema di dosaggio. A questo proposito mediante una ricerca nella banca dati MEDLINE (utilizzando la maschera Clinical Queries), è stato selezionato uno studio osservazionale che ha valutato l'incidenza di emorragie tardive in neonati trattati con vitamina K per via orale: 2 mg alla nascita e 1 mg alla settimana per i primi 3 mesi di vita. Non è stato osservato nessun caso in 396.000 neonati fisiologici sottoposti a profilassi. I risultati dello studio indicano che la supplementazione settimanale è una strategia efficace per prevenire la comparsa tardiva delle emorragie.

Parole chiave Malattia emorragica del neonato. Deficit di Vitamina K nel neonato. Prevenzione e controllo. Vitamina K somministrazione e dosaggio

Scenario clinico

Nasce, con parto eutocico, un bambino alla 39^a settimana di età gestazionale da gravidanza normale: peso 3,6 kg, lunghezza 50 cm, Apgar 9 al primo minuto e 10 al quinto. Attaccato al seno in sala parto e sottoposto alla profilassi della malattia emorragica del neonato con vita-

mina K 1 mg intramuscolare (im) entro un'ora dal parto. In terza giornata viene dimesso con indicazione a proseguire l'allattamento al seno a richiesta. Si pone il quesito se (e come) proseguire a domicilio la profilassi durante i primi tre mesi di vita alla luce di recenti indicazioni della Società Italiana di Neonatologia (1).

Background

Il deficit di vitamina K può causare sanguinamento nei bambini nei primi tre mesi di vita. Questa condizione è conosciuta da tempo come malattia emorragica del neonato o, secondo una dizione più recente, emorragia da deficit di vitamina K. Viene comunemente suddivisa in tre forme: precoce, classica, e tardiva. Le sedi di sanguinamento sono cutanea e gastrointestinale; nella forma tardiva può tuttavia esserci frequentemente un interessamento intracranico (50-80% dei casi). La forma precoce si verifica entro 24 ore dal parto, più frequentemente nei nati da madre in terapia con fenobarbital o fenitoina; tale forma non è prevenibile con la profilassi con vitamina K somministrata alla nascita, ma mediante supplementazione alla madre prima del parto. La forma classica si manifesta tra il primo e il settimo giorno di vita con un'incidenza di 2,5-17/1000 nati a termine nei bambini non sottoposti a profilassi con vitamina K (2). Numerosi studi clinici randomizzati e controllati hanno dimostrato un'uguale efficacia della profilassi con vitamina K somministrata entro 6 ore dalla nascita per via intramuscolare (1 mg) o per via orale (1-2 mg) nella prevenzione di tale forma (3). La forma tardiva si presenta tra la seconda e la dodicesima settimana con un'incidenza di 5-7 per 100.000 nati nei bambini non sottoposti a profilassi e allattati al seno e nei bambini che hanno patologie associate a malassorbimento (es. ittero colestatico, fibrosi cistica) (2). Gli studi osservazionali hanno documentato una maggiore efficacia della singola somministrazione im rispetto a quella orale nel prevenire la forma tardiva

Per corrispondenza:

Marina Col

e-mail: marina.col@tiscalinet.it

leggere e fare

TABELLA 1: CASI DI MALATTIA EMORRAGICA TARDIVA DEL NEONATO DOPO PROFILASSI ALLA NASCITA CON FITOMENADIONE IM O OS

Nazione	Anno	Profilassi alla nascita	N. casi	Incidenza/10 neonati ⁽⁵⁾	I.C. 95%
Regno Unito	1991	Nessuna	9	4,4	2,0 - 8,4
		Fitomenadione os 1-2 mg	7	1,5	0,6 - 3,2
		Fitomenadione im 1 mg	0	0	0,0 - 0,4
Svezia	1991	Fitomenadione os 1-2 mg	16	6	3,7 - 9,8
		Fitomenadione im 1 mg	0	0	0,0 - 5,6
Svizzera	1986	Fitomenadione os 1-3 mg	7	6,4	2,5 - 13,1
		Fitomenadione im 1 mg	0	0	0,0 - 5,3
Germania	1992	Nessuna	10	7,2	3,5 - 13,3
		Fitomenadione os 1-2 mg	2	1,4	0,2 - 5,2
		Fitomenadione im/sc 1 mg	1	0,3	0,01 - 1,32

im = intramuscolo; sc = sottocutanea; os = orale. Adattata da von Kries et al. (4)

TABELLA 2: CASI DI MALATTIA EMORRAGICA TARDIVA DEL NEONATO IN DIFFERENTI PAESI IN PROFILASSI ORALE DI FITOMENADIONE (VITAMINA K). L'I.C. 95% È INDICATO TRA PARENTESI

Nazione	Dose	Periodo osservazione	N. neonati	Incidenza/10 neonati ⁽⁵⁾	Incidenza/10 neonati ⁽⁵⁾ con profilassi raccomandata
Olanda	1 mg alla nascita + 25 µg/die (settimane 1-13)	10/92-12/94	439 000	0,5 (0,1 - 1,6)	0 (0 - 0,07)
Germania	3 x 1 mg, gg 1, 4-10 e 28-42	04/93 -09/94	1 200 000	2,6 (1,8 - 3,7)	1,8 (1,1 - 2,8)
	3 x 2 mg, gg 1, 4-10 e 28-42	01/95-12/95	800 000	0,9 (0,35 - 1,8)	0,5 (0,14 - 1,28)
Australia	3 x 1 mg, gg 1,3-5 e 21-28	01/93 -03/94	325 000	2,5 (1,1 - 4,8)	1,5 (0,5 - 3,6)
Svizzera	2 x 2 mg, gg 1 e 4	01/95-12/95	83 000	4,7 (1,3 - 11,9)	1,2 (0 - 6,5)

Adattata da von Kries et al. (4)

(tabella 1) (4); in alcune nazioni sono state valutate somministrazioni orali multiple (tabella 2). Solo la supplementazione giornaliera di 25 µg ha, però, mostrato un'efficacia paragonabile alla somministrazione im. È invece oggetto di controversie se la singola somministrazione im alla nascita sia sufficiente, come indicato dall'American Academy of Pediatrics (5), o se sia necessario proseguire con la supplementazione di vitamina K anche nelle settimane successive. I livelli plasmatici di vitamina K nei lattanti sottoposti a un'unica somministrazione im alla nascita diminuiscono dopo il primo mese di vita (6) e sono stati inoltre segnalati casi di malattia emorragica tardiva in lattanti sottoposti alla sola profilassi im alla nascita, tra cui uno anche in Italia (7). L'incidenza molto bassa della forma tardiva rende, inoltre, impossibile pianificare e condurre studi clinici randomizzati (3).

In assenza di evidenze si registra una eterogeneità nelle strategie profilattiche, non solo tra nazioni: in una survey riguardante 221 punti nascita italiani è risultato che il 58% consiglia la somministrazione di una singola dose im alla nascita, il 38% raccomanda ulteriori supplementazioni per os nelle settimane successive, mentre il restante 4% esegue la sola profilassi orale alla nascita (non efficace nel prevenire la forma tardiva) (1). Rimane anche da stabilire l'efficacia della formulazione micellare: l'assorbimento della vitamina K richiede emulsione e presenza di sali biliari, e la formulazione micellare o coniugata garantirebbe una maggiore biodisponibilità. Tuttavia studi recenti hanno dimostrato che la formulazione micellare rispetto alla formulazione tradizionale non è più efficace della tradizionale nel ridurre l'incidenza di malattia emorragica tardiva (8). Va detto comunque che la micel-

lare attualmente non è in commercio in Italia. Il problema che abbiamo è dunque se e come proseguire la profilassi con vitamina K nel nostro neonato.

La domanda in tre parti

In un neonato fisiologico allattato al seno [POPOLAZIONE] se e come proseguire la profilassi con vitamina K [INTERVENTO] per prevenire la malattia emorragica tardiva del neonato? [OUTCOME].

Strategia di ricerca

Si verifica nel MeSH di PubMed l'esistenza dei seguenti termini: **Vitamin K – Hemorrhagic disease – Newborn**.

Si traduce la domanda su PubMed nella maschera "Clinical Queries Using Research Methodology Filters" selezionando *Therapy e Sensitivity*: "**Hemorrhagic disease of Newborn**" AND "**Vitamin K**". La ricerca seleziona 267 articoli.

TABELLA 3: CONFRONTO DEI COSTI DELLA SUPPLEMENTAZIONE GIORNALIERA VS QUELLA SETTIMANALE. STIMA SU UN TRATTAMENTO DI 13 SETTIMANE. PREZZI DA "L'INFORMATORE FARMACEUTICO 2004"

Specialità medicinale	Dose	Costo/confezione	Costo/trattamento	Rimborsabile SSN
Konakion® gocce 20 mg/ml, flacone 2,5 ml	1 mg (1 gtt)/settimana	1,24 Euro	1,24 Euro	Sì
Vita K® 25 µg/ml, flacone 10 ml	25 µg (25 gtt)/die	7,50 Euro	82,50 Euro	No

Articolo selezionato

Tra gli articoli selezionati si sceglie: Hansen KN et al. Weekly oral vitamin K prophylaxis in Denmark. *Acta Paediatr* 2003; 92: 802-805.

L'articolo soddisfa infatti i seguenti requisiti:

- a. analizza l'efficacia della prevenzione della forma tardiva mediante somministrazione per os a dosi multiple di vitamina K;
- b. ha una buona numerosità del campione;
- c. è pubblicazione recente.

Caratteristiche dello studio

Nazione: Danimarca

Tipo di studio: retrospettivo, di coorte

Setting: 21 dipartimenti pediatrici

Intervento: popolazione di 507.850 nati vivi nel periodo novembre 1992/giugno 2000, sottoposti a profilassi con vitamina K

- ▶ Neonati fisiologici: 2 mg di vitamina K per os alla nascita + 1 mg ogni settimana fino a 3 mesi di vita per il periodo in cui il bambino viene allattato per più del 50% al seno.
- ▶ Neonati "a rischio" (età gestazionale < 33 settimane; parto difficoltoso o asfissia neonatale con necessità di rianimazione; nati da madri in terapia con anticonvulsivanti): 1 mg di vitamina K im alla nascita + 1 mg per os ogni settimana fino a 3 mesi di vita per il periodo in cui il bambino viene allattato per più del 50% al seno.

Outcome: incidenza della malattia emorragica del neonato.

Criteri diagnostici: età: 0-6 mesi; sanguinamento in qualunque sede arrestato mediante somministrazione di vitamina K; parametri della coagulazione "vitamina K dipendenti" bassi e successiva normalizzazione dopo somministrazione di vitamina K.

Risultati riportati

Nel periodo in studio 507.850 neonati sono nati vivi; di questi 396.000 sono stati sottoposti a profilassi orale alla nascita come indicato sopra.

Nessun caso di malattia emorragica tardiva si è verificata nel periodo in esame. Su un campione ristretto è stata inoltre valutata l'aderenza dei genitori alla profilassi raccomandata; pur trattandosi di un campione scarsamente rappresentativo, la compliance è risultata essere elevata (profilassi con vitamina K eseguita correttamente da 257/274 bambini, pari al 93,8%).

Conclusioni

I risultati dello studio danese, se confrontati con l'incidenza della malattia emorragica tardiva pari a 4,5/100.000 nel periodo antecedente in cui veniva utilizzata un'unica somministrazione orale di vitamina K alla nascita, dimostrano che la profilassi orale settimanale è efficace nella prevenzione della malattia emorragica tardiva. Esiste una grande variabilità tra le nazioni ma anche all'interno di una singola nazione: esempio ne è l'Italia dove vengono usati schemi posologici differenti (7). Nell'impossibilità di condurre studi clinici randomizzati, essendo l'incidenza della forma tardiva della malattia emorragica paragonabile a quella di una malattia rara, si può considerare che gli studi osservazionali hanno documentato l'efficacia della supplementazione orale 25 µg/die e di quella 1 mg/settimana. Non sono, invece, disponibili studi che abbiano valutato l'incidenza della forma tardiva dopo profilassi *im* alla nascita seguita da supplementazione orale.

In pratica

A tutt'oggi in Italia sono disponibili due formulazioni orali di vitamina K: Konakion® gocce e Vita K®, confrontando gli schemi posologici delle due formulazio-

ni risulta che la supplementazione settimanale con Konakion® comporta un costo nettamente inferiore e che non grava sulla famiglia, trattandosi di un farmaco rimborsabile dal SSN (*tabella 3*). Sebbene la Società Italiana di Neonatologia (1) proponga di proseguire la profilassi nei primi 3 mesi di vita secondo lo schema olandese (25 µg/die), riteniamo che lo schema danese (1mg/settimana) sia da preferirsi per il minor costo e la miglior compliance, e che potrebbe essere adottato in Italia come supplementazione successiva alla somministrazione *im* alla nascita; il monitoraggio formale (studio osservazionale) dei neonati sottoposti a profilassi standard o differente potrebbe consentire la valutazione dell'efficacia di questo intervento. ♦

Bibliografia

- (1) Società Italiana di Neonatologia, Gruppo di Studio di Ematologia Neonatale. Profilassi con la vitamina K nell'emorragia da deficit di vitamina K. Consensus Conference, Siena 2 aprile 2004.
- (2) Sutor AH et al. Vitamin K deficiency bleeding (VKDB) in infancy. *Thromb Haemost* 1999; 81:456-461.
- (3) Puckett RM, Offringa M. Prophylactic vitamin K for vitamin K deficiency bleeding in neonates. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2000, Issue 4. Art. No.: CD002776. DOI: 10.1002/14651858.CD002776.
- (4) Von Kries. Oral versus intramuscular phytonadione. Safety and efficacy compared. *Drug Saf*, 1999;21:1-6.
- (5) AAP. Controversies concerning vitamin K and the newborn. *Pediatrics*, 2003; 112:191-192.
- (6) Greer FR et al. A new mixed micellar preparation for oral vitamin K prophylaxis: randomised controlled comparison with an intramuscular formulation in breast fed infants. *Arch Dis Child* 1998; 79:300-305.
- (7) Latini G et al. Intracranial hemorrhage associated with vitamin K deficiency in a breastfed infant after intramuscular vitamin K prophylaxis at birth. Follow-up at 18 months *Acta Paediatr* 2000; 89:878-80.
- (8) Von Kries R et al. Oral mixed micellar vitamin K for prevention of late vitamin K deficiency bleeding. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* 2003;88: F109-F112.

Prevenzione dell'emorragia tardiva del neonato con vitamina K

Una esperienza di rapporti ospedale-territorio

Pasquale Causa*, Stefania Manetti**

*Pediatra di famiglia Pozzuoli; **Pediatra di famiglia Piano di Sorrento

Abstract

Prevention of late hemorrhagic disease of newborn with vitamin K

Following a modified procedure in the prevention of late hemorrhagic disease of newborn a review of specific literature is performed. The conclusions are: a single intramuscular administration of 1 mg vit. K in breastfed infants is sufficient and further doses are not required; a single oral administration of 1 mg vit. K in breastfed infants requires further oral doses. In the last case the Danish schedule (weekly dosage of 1 mg of Konaktion®) seems the best for compliance and cost compared to the Dutch schedule (daily doses of 25 mcg of Vita K®). The authors try to share the acquired evidences in order to adopt a common strategy for the prevention of late hemorrhagic disease of newborn.

Quaderni acp 2005; 12(1): 29-30 and 46

Key words Hemorrhagic disease of newborn. Vitamin K deficiency. Prevention and control. Vitamin K administration and dosage

Nell'area dove gli Autori, pediatri di famiglia, operano si verifica una modifica delle procedure ospedaliere per la profilassi della malattia emorragica tardiva del neonato. Gli Autori conducono una revisione delle ricerche che si occupano del problema. La ricerca conclude che bambini allattati al seno che ricevono 1 mg di vitamina K intramuscolare non devono effettuare alcuna dose aggiuntiva di vitamina K. I bambini che ricevono alla nascita una dose orale devono ricevere dosi aggiuntive per le quali si può usare lo schema danese (1 mg a settimana utilizzando un prodotto economico e sicuro, il Konaktion®) anziché lo schema olandese (25 mcg al giorno) che necessita dell'utilizzo di un prodotto costoso (Vita K®) con compliance inferiore a quella dello schema danese. Ottenute le evidenze gli Autori promuovono una intesa con i medici ospedalieri per giungere ad una comune strategia per la prevenzione della malattia emorragica tardiva del neonato.

Parole chiave Malattia emorragica del neonato. Deficit di Vitamina K nel neonato. Prevenzione e controllo. Vitamina K somministrazione e dosaggio

Introduzione

A fine settembre vengono in ambulatorio alcuni bambini allattati al seno cui è stata prescritta una supplementazione di vitamina K (Vita K® 10 gtt 2 volte al dì) prescritta nei punti nascita di due ospedali della ASL NA2 e NA5. La finalità di questa nuova procedura è di prevenire le rare forme tardive di "emorragia da deficit di vitamina K" (VKDB, *Vitamin K Deficiency Bleeding*) nei neonati allattati al seno. La modifica della procedura segue le indicazioni del consensus del Gruppo di Ematologia della Società Italiana di Neonatologia dell'aprile 2004 (1). Il Vita K® è una formulazione di vitamina K1. La confezione da 10 ml non è dispensata dal SSN. Costa 7,50 Euro. Preoccupati per la compliance e per il

costo cerchiamo di capire di più sul problema.

Background

Il deficit di vitamina K può provocare emorragie nei bambini nei primi 90 giorni di vita, talvolta oltre. Questa condizione, la vecchia malattia emorragica del neonato (HDN), è oggi definita "emorragia da deficit di vitamina K" (VKDB, *Vitamin K Deficiency Bleeding*) perché si può manifestare oltre il periodo neonatale. La Società Internazionale di Trombosi ed Emostasi ha stabilito i criteri diagnostici per la definizione di caso (2). La forma classica si manifesta tra il 1° e il 7° giorno ed è prevenuta dalla somministrazione di vitamina K intramuscolare o orale. La forma tardiva si presenta tra la 2ª e la 13ª settimana. È rara: l'in-

cidenza è stimata tra 5 e 7/100.000 neonati (3). La variabilità nella popolazione è connessa alla effettuazione o meno della profilassi e alle modalità con le quali è effettuata. Nel 50-70% si presenta con emorragie del SNC. Ci sono controversie su come prevenire la VKDB che si presenta essenzialmente in bambini allattati al seno e più frequentemente in quelli che presentano colestasi, che spesso viene riconosciuta dopo che è avvenuto il sanguinamento (4).

La ricerca

Cerchiamo informazioni su PubMed con il quesito "**Hemorrhagic Disease of Newborn AND vitamin K**" nella maschera "Clinical Queries Using Research Methodology Filters" selezionando **Therapy** e **Sensitivity**. Reperiamo 268 articoli. I tre che citiamo sono utili per le informazioni che cerchiamo.

1. Puckett RM, Offringa M. Prophylactic vitamin K for vitamin K deficiency bleeding in neonates. Cochrane database of systematic reviews, aggiornata al novembre 2000.

2. Cornelissen M et al. Prevention of vitamin K deficiency bleeding efficacy of different multiple oral dose schedules of vitamin K. Eur J Ped 1997; 156:126-30.

3. Hansen K et al. Weekly oral vitamin K prophylaxis in Denmark. Acta Paediatr 2003;92: 802-5.

Vediamo le osservazioni che ci servono.

1. La revisione **Cochrane** cerca evidenze derivanti da RCT per definire l'efficacia della profilassi con vitamina K nel prevenire la forma classica e quella tardiva (5). Vediamo i tre quesiti affrontati.

1.1 Una dose di vitamina K alla nascita riduce significativamente l'incidenza delle due forme?

- ▶ Una dose intramuscolare di vitamina K vs nulla
- ▶ Nessun trial clinico affronta il problema della Malattia Emorragica del Neonato (HDN) tardiva. Due trial cli-

Per corrispondenza:
Pasquale Causa
e-mail: pasquale.causa@fastwebnet.it

esperienze

nici dimostrano che la vitamina K riduce la frequenza della forma classica.

- ▶ I trials con end point laboratoristici mostrano una significativa riduzione dei PIVKA II (Proteina Indotta dalla Assenza di Vitamina K) e un migliore indice di protrombina.
- ▶ Una dose orale (1 o 2 mg) di vitamina K vs nulla.
- ▶ Nessun trial clinico ha affrontato il quesito.
- ▶ I trials con end point laboratoristici riscontrano una significativa riduzione dei PIVKA II e un miglior indice di protrombina.

1.2 C'è una differenza significativa tra profilassi intramuscolare e profilassi con singola dose orale?

- ▶ Viene comparata una dose di 1mg intramuscolare vs una dose orale di 1 o 2 mg.
- ▶ Nessun trial clinico valuta la frequenza della comparsa della HDN.
- ▶ Non c'è differenza significativa per i PIVKA II mentre i livelli plasmatici di vitamina K sono significativamente superiori a 1 mese.

1.3 Dosi multiple orali sono efficaci quanto una dose intramuscolare per ridurre le forme tardive di HDN?

- ▶ Un solo trial affronta il quesito solo con end point laboratoristici: i livelli plasmatici di vitamina K sono significativamente più alti a 14 gg e a 3 mesi ma non a 1 mese.

Gli autori della revisione scrivono che in assenza di evidenze dagli RCT devono essere prese in considerazione le evidenze derivanti dagli studi osservazionali di grandi coorti e riportano i dati di Cornelissen che vedremo in seguito.

PER LA NOSTRA RICERCA DALLA COCHRANE DESUMIAMO I SEGUENTI DATI UTILI

- ▶ La efficacia della vitamina K sia intramuscolare sia orale sulla forma tardiva non è stata testata in RCT clinici.
- ▶ I lavori, anche RCT, che utilizzano indicatori biologici non sono utilizzabili per dare risposta al nostro quesito clinico perché la clinica non conferma quanto provato dal laboratorio.

2. Cornelissen et al. (6) analizzano i risultati di differenti approcci per via orale per le forme tardive della VKDB in

oltre 2 milioni di bambini in varie nazioni. La via orale era stata decisa dopo la pubblicazione del lavoro di Golding che suggeriva una possibile associazione tra somministrazione intramuscolare di vitamina K e cancro (7). Fu concordata una sorveglianza attiva che prevedeva una uniforme definizione di caso, caso accertato e/o probabile per consentire la migliore comparazione dei dati (8); questo ha prodotto dati utili anche alla comprensione del nostro problema.

I dati riguardano bambini sani che ricevono.

- ▶ In Olanda dosi multiple (1 mg alla nascita + 25 mcg/die dalla 1^a alla 13^a settimana) da ottobre 1992 a dicembre 1994.
- ▶ In Svizzera 2 dosi da 2 mg di formulazione micellare (1^a dose alla nascita, 2^a tra la 4^a e la 6^a settimana) da gennaio a dicembre 1995. La forma micellare non è in commercio in Italia.
- ▶ In Germania 3 dosi di 1 mg (1^a dose a 1-3 gg, 2^a dose a 3-5 gg, 3^a dose a 21-28 gg) da aprile 1993 a settembre 1994.
- ▶ In Australia le stesse dosi da gennaio 1993 a marzo 1994.

I dati australiani però sono analizzati anche da marzo 1994 a maggio 1995, perché dopo aver riscontrato un ritorno di casi di VKBG tardiva si era ritornati a usare una dose unica (1 mg intramuscolare) senza riscontro di altri casi.

PER LA NOSTRA RICERCA DA CORNELISSEN DESUMIAMO I SEGUENTI DATI UTILI

- ▶ Tre dosi orali da 1 mg (schema Germania e primo schema Australia) sono meno efficaci che la profilassi con 1 mg intramuscolare (secondo schema Australia) senza ulteriori somministrazioni
- ▶ Una dose orale di 25 mcg/die successiva a 1 mg per os alla nascita può essere efficace quanto la profilassi intramuscolare.
- ▶ La profilassi orale con altri schemi è meno efficace.
- ▶ I bambini che ricevono profilassi orale alla nascita necessitano di ulteriori somministrazioni.

3. Hansen et al (9) riportano i dati su circa 396.000 bambini che avevano ricevuto in Danimarca, tra novembre 1992 e giugno 2000, 2 mg/os di vit. K alla na-

scita e 1 mg/os (1 goccia di Konakion®) una volta alla settimana dalla 1^a alla 13^a settimana. Questi bambini rappresentano il 78% della popolazione infantile nata in Danimarca nel periodo.

Il restante 22%, considerato a rischio (EG <33 settimane, asfissia o altra patologia richiedente rianimazione, figli di madri in trattamento antiepilettico), riceveva alla nascita una dose IM di vitamina K e successivamente 1 mg/os dalla 1^a alla 13^a settimana.

Nessun caso di malattia fu registrato e gli autori affermano che lo schema orale è efficace con incidenza di malattia emorragica stimata 0-0,9/100.000 (95% CI). La compliance a questo schema posologico, valutata su un campione di 274 genitori, è alta: il 94% dei genitori somministrava almeno 9 dosi.

PER LA NOSTRA RICERCA DA HANSEN DESUMIAMO I SEGUENTI DATI UTILI

Esiste uno schema orale efficace con migliore compliance e minor costo, almeno fino a quando la Roche mantiene in commercio il prodotto Konakion® e non lo ritira, come avvenuto nel giugno 2000 in Danimarca e nel 1999 in Gran Bretagna.

Le conclusioni

Alla fine della nostra ricerca ci è sembrato di potere trarre le seguenti conclusioni:

- ▶ La profilassi con vitamina K intramuscolare alla nascita non necessita di ulteriori supplementazioni per via orale.
- ▶ L'efficacia della profilassi per via orale, se seguita da ulteriori somministrazioni con schema danese (2 mg alla nascita + 1 mg/settimana dalla 1^a alla 13^a settimana) od olandese (1 mg alla nascita + 25 mcg al giorno dalla 1^a alla 13^a settimana) può raggiungere l'efficacia di una dose di 1 mg intramuscolare.
- ▶ Valutando non solo l'efficacia di uno schema (successi per terapia effettuata) ma anche la *effectiveness* (efficacia in tutti i casi sottoposti ad uno schema profilattico) lo schema danese è da preferirsi per i bambini che hanno ricevuto alla nascita una profilassi orale.
- ▶ Lo schema olandese prevede una dose giornaliera di 25 mcg in dose unica, non di 20 mcg ovvero 25 gocce di Vita K®.

continua a pag. 46

Anna e la biopsia che non ci aiuta

Federica Zanetto*, Michele Gangemi**

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

Abstract

Anna and the lack of aid from a biopsy

The problem hereby analysed regards the impossibility to make a definite diagnosis of celiac disease in a two and half year old child with gluten dependent immunological alterations and without a flat mucosa on small bowel biopsy. At the moment, in absence of a definite diagnosis, strictly dependent on further biopsies, consensus excludes a gluten free diet. In such situations, where there are different possible routes and hard to understand indications, the professional should consider parent's point of view and expectations. In order to achieve shared and efficacious intervention modalities the paediatrician works on creating a collaboration and mobilizes resources based on his own knowledge and competences.

Quaderni acp 2005; 12(1): 31-32

Key words Latent celiac disease. Gluten free diet. Biopsy. Counselling

Il problema analizzato in questo scenario riguarda l'impossibilità di porre una diagnosi definitiva di celiachia in una bambina di 2 anni e mezzo con alterazioni immunologiche glutine-dipendenti e assenza di atrofia della mucosa alla biopsia digiunale. Lo stato attuale delle conoscenze e il consenso prevalente escludono la prescrizione della dieta priva di glutine in assenza di una diagnosi che rimane affidata alla ripetizione della biopsia. Di fronte a indicazioni difficili da capire o a decisioni da prendere fra possibili diversi percorsi, l'intervento del professionista parte dalla comprensione delle aspettative e dei punti di vista dei genitori. Ridefinendo e completando, sulla base delle proprie conoscenze e competenze, quanto essi esprimono o richiedono, il pediatra costruisce una collaborazione e mobilita risorse per arrivare a modalità di intervento condivise, motivate e quindi efficaci.

Parole chiave Celiachia latente. Dieta priva di glutine. Biopsia. Counselling

Lo scenario

Ad Anna, 2 anni e 6 mesi, viene eseguita la biopsia digiunale, dopo il riscontro di un titolo elevato di anti-transglutaminasi. La bambina ha sempre avuto una crescita ponderale costante (tra 25° e 50° percentile) fino a 2 anni, quando, dopo una virosi febbrile, inizia un periodo di inappetenza marcata, con facile stancabilità e calo di peso < 25° percentile. Data l'assenza di alterazioni morfologiche della mucosa intestinale, ai genitori viene comunicata l'impossibilità di porre una diagnosi definitiva di celiachia. Viene proposta una successiva biopsia, preceduta dalla determinazione degli HLA, dopo un follow-up clinico di qualche mese. Anna nel frattempo sta meglio e, a due mesi di distanza, sta spontaneamente recuperando peso.

La mamma parla alla pediatra della preoccupazione per la ripetizione di un esame comunque invasivo. Lascia trapelare le lo-

ro perplessità sul fatto che la bambina possa restare a dieta libera.

Mamma "Dottoressa, siamo stati dalla gastroenterologa... dice che vuole percorrere questa strada, perché non è giustificata al momento nessuna dieta...con una biopsia intestinale normale..."

Pediatra "...che andrà ripetuta fra un po' di tempo"

Mamma "Appunto per questo le telefono... lei ci dice comunque di continuare così ancora per qualche mese... e poi si ripeterà l'esame... adesso Anna ha anche ripreso un po' di peso e io e mio marito ci siamo permessi di dirle che siamo nel dubbio a pensare a una nuova biopsia... solo il prelievo di sangue l'altro giorno per l'HLA è stato terribile per la bambina..."

Pediatra "...e voi siete preoccupati... adesso poi che Anna sta meglio..."

Mamma "Non sarebbe più semplice metterla comunque a dieta? ...eravamo anche già entrati un po' nell'idea... capiamo poco..."

Pediatra "È una possibilità... che però non aiuta a chiarire la diagnosi... e questa diagnosi non l'abbiamo ancora... Lo credo che siete confusi... sento anch'io la gastroenterologa, per capire un po' meglio come e in che tempi muoverci..."

Guardiamo dentro genitori e pediatra I genitori...

richiedono certezze...

- si chiedono se è corretto il percorso proposto
- si chiedono cosa è giusto (o meglio) fare;
- si chiedono come sarà il futuro di Anna.

La pediatra

- si interroga: "Cosa mi stanno chiedendo?"
- si chiede: "Cosa sono in grado di rispondere?"
- si chiede: "Come rendere possibile un percorso in cui i genitori vengano guidati a prendere in considerazione ciò che è stato proposto?"

Background

La pediatra sa che si parla di celiachia latente quando sono presenti alterazioni immunologiche glutine-dipendenti in assenza delle tipiche alterazioni immunologiche della mucosa intestinale, che tendono a svilupparsi negli anni fino alla vera e propria atrofia.

I comportamenti possibili in questi casi sono diversi: alcuni ritengono opportuno, in assenza di sintomi, solo il follow-up, rimandando la diagnosi definitiva di celiachia alla comparsa dell'infiltrato linfocitario della mucosa; altri propongono procedure di scatenamento con carico di glutine per slatentizzare le alterazioni immunostochimiche intestinali; altri ancora preferiscono prescrivere da subito la dieta definitiva (1).

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

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

La pediatra sa anche che il consenso attualmente prevalente esclude la prescrizione della dieta priva di glutine finché non si abbia la certezza della diagnosi di celiachia: la possibile normalizzazione degli indici umorali che ne può seguire può confondere ulteriormente il quadro (2). L'esperto (gastroenterologo) conferma che in casi come quello di Anna non c'è spazio per questo tipo di intervento, che può rendere più difficoltosa la diagnosi definitiva, affidata comunque alla ripetizione della biopsia. La pediatra ha anche letto recentemente che al momento non si è in grado di quantificare il rischio che corre un soggetto con celiachia latente lasciato a dieta libera, né si sa quanto questo rischio cambi con l'età (1).

La ricerca in banca dati (inserendo i termini "Latent celiac disease", oppure "celiac disease without villous atrophy AND gluten-free diet") in effetti non aiuta a rispondere a questi interrogativi: gli studi riguardanti la celiachia latente sono pochi, non molto recenti, per lo più su piccole casistiche di pazienti adulti. La lettura di uno dei due articoli selezionati dalla pediatra conferma la prassi di ribiopsiare dopo un periodo di follow-up comunque variabile e durante il quale non è indicata la dieta priva di glutine, da instaurare solo in presenza di inequivocabili alterazioni di cripte e villi intestinali (3). Nel secondo studio, che conferma la presenza, in tutti i casi esaminati, dell'aplotipo di classe II HLA DQ2, indispensabile per lo sviluppo dell'intolleranza al glutine (4), gli Autori si pongono il problema della revisione degli attuali criteri di diagnosi di celiachia, per la quale al momento resta indispensabile la conferma istologica di atrofia della mucosa.

Conclusioni del pediatra e restituzione ai genitori

La pediatra è consapevole che il tipo di informazione che hanno ricevuto i genitori di Anna determina ansia e insicurezza, ma è anche conscia del fatto che lo stato attuale delle conoscenze giustifica il percorso diagnostico loro proposto. Sa anche che si sta muovendo in una delle tante "aree grigie", dove va preso atto del "cosa non dice l'EBM" e più difficili sono le scelte operative, e dove la comunicazione diventa cru-

ciale per la relazione terapeutica e l'alleanza da parte della famiglia. Considerando dunque che ora la bimba sta meglio, mangia di più e sta lentamente recuperando peso, d'accordo con l'esperto, riesamina e chiarisce con i genitori tutta la situazione e concorda con loro i tempi del follow-up.

Pediatra "Ho sentito la gastroenterologa... ha capito anche lei la vostra preoccupazione per la ripetizione della biopsia... che al momento resta però l'esame necessario per la diagnosi..."

Mamma "Ce lo aveva detto... altrimenti è come lasciare tutto in sospeso..."

Padre "... è che adesso la bambina sta meglio..."

Pediatra "E questo è un bene... ci permette di programmarla senza urgenza..."

Mamma "Infatti vuole risentirci... ci ha detto che potrebbe anche essere dopo l'estate..."

Pediatra "Così sarebbe meglio per voi?"

Mamma "Sì, se per Anna non ci sono problemi... adesso sembra davvero avere ripreso appetito"

Pediatra "... e quindi vi è più facile anche pensare di tenerla per ora a dieta libera?"

Mamma "Così sì, se non sta male come due mesi fa..."

Pediatra "Questo è lo schema previsto, ne avevamo già parlato, per questa fase un po' particolare... proviamo a pensare a questo periodo che precede la seconda biopsia come ad una tappa necessaria per arrivare a una diagnosi che richiede dei tempi più lunghi"

Padre "La bambina potrebbe stare ancora male..."

Pediatra "... è possibile... e allora in questo caso cambierebbero i tempi che abbiamo pensato... è una fase di attenzione per voi, ma anche per me e per la gastroenterologa..."

Mamma "Messa così la cosa mi sembra più sotto controllo..."

Padre "Sì... non possiamo avere adesso la certezza della diagnosi... ma almeno abbiamo più chiaro come fare e cosa aspettarci in questo periodo..."

Discussione generale

I genitori di Anna sono disorientati di fronte a una ipotesi diagnostica iniziale che non può essere convalidata, e che richiede una verifica successiva mediante altri

accertamenti. La pediatra, consapevole della loro difficoltà nella valutazione dei tempi e degli strumenti utili per formulare una diagnosi definitiva, non esprime giudizi, ma legittima e riconosce la sgradevolezza di una situazione di incertezza (*voi siete preoccupati... lo credo che siate confusi...*).

Non fa seguire immediatamente alla preoccupazione dei genitori una restituzione d'informazioni; esplora le loro ipotesi e aspettative rispetto ai diversi aspetti della situazione, incoraggiandoli ad esprimere sensazioni e punti di vista (*così sarebbe meglio per voi?... vi è più facile pensare di...?*).

A questo punto aggancia a quello che i genitori già sanno le informazioni sull'opportunità di proseguire il percorso diagnostico proposto, senza dare certezze che peraltro nemmeno la letteratura riesce a fornirle, ma individuando obiettivi piccoli, percorribili per la famiglia in questa fase (*questo è un bene... proviamo a pensare a...*). Alla fine, con un intervento di supporto (*è una fase di attenzione per noi, ma anche per me e la gastroenterologa...*), comunica l'idea della vicinanza fra pediatra, specialista e genitori, già sottolineata dall'utilizzo del "noi" durante il colloquio: non potendo eliminare l'incertezza di una diagnosi in "sospeso", con questa modalità la pediatra può ridurre l'impatto sulla famiglia.

Cosa fa la pediatra per arrivare a una decisione condivisa:

- comprende correttamente i motivi della preoccupazione
- comunica questa comprensione
- riesamina con i genitori i dati informativi in loro possesso e mette in campo un intervento di supporto

Bibliografia

- (1) Tommasini A, Baldas V. Diagnosi e Screening: EMA o tTG? Medico e Bambino 2002; 7 (Suppl.), 39.
- (2) Farrell R et al. Celiac Sprue. N Engl J Med 2002; 346; 180.
- (3) Collin P et al. Follow-up of patients positive in reticuliculin and gliadin antibody tests with normal small-bowel biopsy findings. Scand J Gastroenterol 1993; 28(7): 595.
- (4) Kaukinen K et al. Celiac disease without villous atrophy; revision of criteria called for. Dig Dis Sci 2001; 46(4): 879.

Lucia e Marco non crescono

*Roberto Lala, **Silvia Gabetto, **Giovanni Garrone, ***Aldo Ravaglia

*Endocrinologo, Ospedale Regina Margherita, Torino; **Pediatria di famiglia, Torino; ***Pediatria di famiglia, Chivasso

A integrazione di quanto pubblicato a pagina 20 circa le modifiche alla nota 39 per la prescrizione dell'ormone della crescita nel caso di alcune forme di iposomia pubblichiamo i seguenti casi paradigmatici, l'uno con un "difetto dell'azione biologica di HGH", l'altro con una "bassa statura familiare". I due casi, secondo le modifiche introdotte nella nota 39, ora non potrebbero essere trattati in prima battuta con HGH e andrebbero sottoposti al giudizio della Commissione Regionale.

Abstract

Lucia and Marco aren't growing

Two clinical diagnosis: one familiar short stature and the other a constitutional delay of growth are presented. Due to a slow Growth hormone biological activity both undergo treatment with GH. Such procedure appears disputable also considering the predicted genetic end points reached by both children. Further indications are presented for a better management of these subjects, also considering the new Italian drug agency normative.

Quaderni acp 2005; 12(1): 33-34 and 46

Key words Growth hormone. Familiar short stature. Constitutional delay of growth and puberty. Growth hormone biological inactivity

Vengono presentati due casi clinici diagnosticati: uno come soggetto di "bassa statura familiare" e l'altro come "ritardo di crescita costituzionale", sottoposti entrambi a trattamento con GH per bassa attività biologica del GH, che può essere giudicato discutibile anche in relazione ai prevedibili bersagli genetici raggiunti dai due ragazzi. Inoltre vengono presentate indicazioni per perseguire una migliore gestione dei soggetti considerati iposomici anche in relazione alle nuove norme dettate dalla Agenzia italiana del farmaco con la nota 39.

Parole chiave Ormone della crescita. Bassa statura familiare. Ritardo costituzionale di crescita. Bassa attività biologica del GH

La storia di Lucia

Lucia è una bambina di 7 anni nata a termine, di 3,500 kg e lunghezza 48 cm, cresciuta senza problemi ma sempre un po' piccola di statura, come la mamma che è alta 148 cm e il padre che misura 161 cm. Il suo bersaglio genetico è di 148 cm.

La mamma esprimeva spesso qualche preoccupazione sulla statura finale di Lucia, ma il pediatra, mostrandole sul grafico una crescita sul 3° centile, adeguata al suo bersaglio genetico, concludeva per una situazione sulla quale non si doveva intervenire.

A 7 anni, per escludere una celiachia e un ipotiroidismo, erano stati richiesti alcuni esami ed erano stati riscontrati perfettamente normali.

All'età di 9 anni Lucia risulta cresciuta di soli 6,5 cm in un anno e mezzo, con una velocità di crescita di 4 cm/anno (tabella 1) che peraltro rimane nel range sebbene ai limiti inferiori dello stesso.

La mamma esprime una maggiore preoccupazione sui problemi psicologici che la figlia dovrà affrontare se resterà piccola come lei o più di lei.

Il pediatra è in qualche modo contagiato dalla preoccupazione e richiede:

- una determinazione dell'età ossea
- una consulenza endocrinologica

L'età ossea risulta ritardata di quasi un anno. I risultati dei test endocrinologici sono i seguenti (valori normali in tabella 2).

a. Il picco di GH dopo GHRH+Arg è di 74 ng/ml.

b. Il GH notturno è di 3,9 ng/ml.

c. La generazione somatomedinica va da 63,5 ng/ml a 126,1 ng/ml.

Lucia: diagnosi e risultati

Sulla base di questi esami lo specialista pone diagnosi di *bassa attività biologica del GH* basandosi sul valore ridotto di somatomedine e sul loro incremento oltre 50% dopo somministrazione di GHRH.

Prescrive terapia con GH, in accordo con la nota 39 CUF(1). La terapia viene condotta per 6 mesi e, dopo un intervallo di un anno, per altri 2 anni. I risultati sulla crescita: a 14 anni Lucia misura 149 cm e la sua statura definitiva a 18 anni risulterà poi di 152 cm.

La conclusione: si trattava di una forma di bassa statura familiare.

La storia di Marco

Marco è un bambino di 11 anni nato a termine, di 2,380 kg e lunghezza 50 cm, cresciuto bene fino a 4 anni, con una mamma di 154 cm e un padre alto 174 cm. Bersaglio genetico 170,5 cm.

Dal 4° anno si assiste ad uno slittamento progressivo dal 50° al 10° centile della curva di crescita, con una velocità di crescita attorno al 25° centile, ma che scende sotto il 10° a 10 anni.

A 11 anni Marco misura 135 cm. Viene determinata l'età ossea che risulta di 2 anni inferiore a quella anagrafica.

Inviato all'endocrinologo gli esami mostrano un picco di GH dopo GHRH+Arg di 86 ng/ml, un GH notturno di 4,6 ng/ml, una generazione somatomedinica da 59 ng/ml a 219 ng/ml. (Valori normali in tabella 2)

Marco: diagnosi e risultati

Anche in questo caso lo specialista sulla base di una bassa attività biologica del GH prescrive la terapia con GH, avviata a 12 anni quando i genitali esterni di Marco apparivano in stato prepubere (testicoli <4ml) (tabella 3).

Si ha una un'impennata della crescita non immediata, che si verifica a 13 anni in coincidenza con l'avvio dello scatto puberale. A 14 anni e mezzo Marco è già alto 157 cm, la terapia viene sospesa, ma

Per corrispondenza:
Roberto Lala
e-mail: info@malattie-rare.org

il caso che insegna

TABELLA 1: LA VELOCITÀ DI CRESCITA (VALORI NOMINALI)

25 cm nel primo anno
 12 cm nel secondo
 8 cm nel terzo
 4-7 cm/anno dal quarto anno fino alla pubertà
 8 cm/anno come picco massimo nelle femmine nel corso dello scatto puberale che avviene due anni prima rispetto ai maschi
 9,5 cm/anno come picco massimo nei maschi nel corso dello scatto puberale che avviene due anni dopo rispetto alle femmine

TABELLA 2: TEST ENDOCRINOLOGICI (VALORI NOMINALI)

Test da stimolo
 - Arginina, Insulina, Clonidina, GHRH (v.n. picco > 10 ng/ml)
 - Stimolo massimale: GHRH+ Arginina (v.n. picco > 20 ng/ml)
 - GH notturno (v.n. > 3 ng/ml)
 - Dosaggio IGF-1 (v.n. variabili per sesso ed età) Normalità: >100 ng/ml
 - Test di generazione somatomedinica: dosaggio IGF-1 dopo 4 iniezioni sottocutanee quotidiane di GH (0,033 mg/kg/die). Normalità: incremento > 50%

TABELLA 3: VALUTAZIONE DELL'INIZIO DELLA PUBERTÀ NEL MASCHIO (ORCHIDOMETRO DI PRADER)

Prepubere (stadio I di Tanner): testicoli < 4 ml
 Prima pubertà (stadio II di Tanner): testicoli > 4 ml

sicuramente il ragazzo è avviato a raggiungere il proprio bersaglio genetico. La ripresa della crescita sembra più correlabile allo scatto puberale che non alla terapia ormonale (3). È molto probabile che si sia trattato di ritardo costituzionale di crescita.

Riflessioni sui casi di Lucia e di Marco

I due ragazzi si sono giovati del trattamento ricevuto?

Lucia ha guadagnato in centimetri? I 4 cm di statura definitiva al di sopra del bersaglio genetico rientrano nella variabilità di crescita individuale. Non è possibile affermare con certezza un beneficio del trattamento, anche se è necessario sottolineare l'importanza di superare la statura di 150 cm, che costituisce un limite significativo dal punto di vista sociale.

Marco ha guadagnato in centimetri? I dubbi sono molti. La ripresa della crescita sembra più correlabile allo scatto puberale che non alla terapia ormonale;

del resto, in accordo con la letteratura, la nota CUF sottolinea la non prescrivibilità del GH nel ritardo costituzionale di crescita (1).

Riflessioni sulla diagnosi posta

La condizione di "bassa attività biologica del GH" esiste ma deve essere considerata rarissima, mentre è stata finora diagnosticata frequentemente sulla base dei risultati del test di generazione somatomedinica che è un esame molto influenzabile da svariate condizioni (2); si tratta di un elegante ma discutibile percorso per rientrare un po' faticosamente nelle limitazioni della nota CUF, che non per nulla è stata modificata nel novembre 2004 (si veda a pag 20).

Riflessioni sul percorso seguito

Ci rendiamo conto che è difficile per uno specialista, magari pressato dalle famiglie, non utilizzare un'arma terapeutica che ha a disposizione e che possiede una

sua efficacia; il problema da considerare non è solo se questi ragazzi andassero trattati, ma prima ancora se andassero inviati allo specialista, o se potessero essere inviati in modo diverso.

1. L'invio è stato indotto dal rallentamento della velocità di crescita che, essendo comunque tipico di ogni bambino poco prima dello scatto puberale, dovrebbe allarmare solo se la velocità di crescita resta al di sotto del 10° centile per almeno un anno, in 3 misurazioni consecutive ogni 6 mesi.

2. Altro motivo di invio è stato il timore di un danno psicologico, riferibile peraltro a un pregiudizio non dimostrato, poiché la letteratura ci dice che non vi è una correlazione chiara fra statura e problematiche psicosociali né alcuna prova di benefici psicologici derivanti da una terapia con GH.

Sembra di potere dire che ciò che è stato poco presente nei pediatri dei due casi è stata la capacità di offrire un buon counselling alle famiglie, di dare ascolto alle loro preoccupazioni, senza rassicurazioni sbrigative e inefficaci: il pediatra dovrebbe lasciar emergere vissuti e pensieri, esprimere il proprio parere prima di utilizzare la collaborazione dello specialista. In questo modo si può preparare il terreno alla successiva discussione su un'eventuale terapia, essendo comunque consapevoli della difficoltà di attuare un buon counselling con famiglie in cui vi sia una percezione negativa della bassa statura. A tal proposito va sottolineato come sia più facile rassicurare famiglie in cui si verifichi un ritardo costituzionale di crescita, ove la prognosi è migliore e ci si può riferire all'esperienza di recupero della crescita di un genitore durante la pubertà tardiva, piuttosto che i casi di bassa statura familiare dove la prognosi staturale è meno confortante. Nella bassa statura costituzionale è inoltre possibile un breve trattamento con steroidi sessuali (testosterone nel maschio, estrogeni nella femmina) che consente di rassicurare pazienti e famiglie senza compromettere crescita e sviluppo puberale. (Si veda Quaderni acp 2004; 5:221).

continua a pag. 46

La prima comunicazione di handicap o di malattia cronica

Doriana Chiuchiù

Psicologa, Psicoterapeuta, UO Neuropsichiatria Infantile, Psicologia dell'Età Evolutiva, AUSL Cesena

Abstract

The first communication of chronic disease or disability

The Author's interest regards the paediatrician's first communication of chronic disease or disability in more than one year old children. The different stages following communication of chronic disease ranging from daze and confusion, rage and denial, up to reorganization are shown, up to when the family becomes for the child and for other families a true resource. The Author suggests to follow precise rules at the moment of diagnosis, circumscribing communication's content, listening and receiving parent's and his own emotions. The available resources need to be stressed in order to build a bridge between past and future and start a reconstruction process. Parents should undergo a slow and complicated process allowing them to recognize again their own child and encounter him with his disease in a second birth.

Quaderni acp 2005; 12(1): 35-38

Key words Communication. Chronic disease. Handicap. Family. Child

L'articolo si occupa della comunicazione della diagnosi di handicap o di malattia cronica da parte del pediatra in bambini che hanno superato il primo anno di vita. Illustra le fasi attraverso cui la famiglia deve passare dopo la comunicazione della diagnosi: dalla fase dello stordimento e della confusione a quella della negazione e della collera, a quella della riorganizzazione in cui la famiglia diventa effettiva risorsa per il proprio figlio e anche per altre famiglie sottoposte allo stesso stress. Suggerisce di impostare il momento della consegna della diagnosi seguendo alcune precise regole di contesto, delimitando i contenuti della comunicazione, ascoltando e accogliendo le emozioni dei genitori e le proprie. Sottolineare le risorse della situazione significa tentare di gettare un ponte fra passato e futuro e avviare la ricostruzione dopo la catastrofe. Si tratta di mettere in moto da subito quel lungo e complicato processo che permette ai genitori di tessere nuovamente l'appartenenza, di riconoscere il proprio figlio e reincontrare il bambino con handicap in una seconda nascita.

Parole chiave Comunicazione. Malattia cronica. Handicap. Famiglia. Bambino

La diagnosi di deficit o di malattia cronica rappresenta sempre una informazione che irrompe tragicamente nella vita del soggetto e della sua famiglia; il profilarsi di una situazione di handicap viene vissuto come una inaccettabile aggressione del destino, vissuto che diventa particolarmente acuto in una cultura in cui sono fondanti i valori dell'efficienza, della bellezza e della competizione (1). Il primo incontro con la realtà inattesa della disabilità rappresenta sempre un momento fondamentale per i genitori che dura nel tempo e influenza i successivi adattamenti alla situazione di handicap (2). Nel racconto della prima comunicazione (3) sono sempre vivi a distanza di anni il dolore provato e il senso di estraneità e di

vuoto. Il vissuto è descritto come una sorta di "apocalisse", nel senso di rivelazione della fine, o "catastrofe": tutto quello che ci si aspettava non è venuto, è venuto ciò che non si aspettava, non si riesce a prevedere cosa succederà (4). Quando la diagnosi viene comunicata durante la prima o la seconda infanzia, per i genitori si verifica una "catastrofe" con connotazioni un po' differenti rispetto al vuoto e all'azzeramento descritti sopra: da un lato c'è il disgregarsi del mondo normale, una progressiva perdita delle rappresentazioni di normalità costruite fino a quel momento sul figlio (4); dall'altro lato si profila una tempesta sul futuro, nel senso che la prognosi di cronicità o di handicap cambia improvvisa-

mente l'orizzonte per la vita di tutta la famiglia. Ci si domanda come cambierà il quotidiano, come sarà il proprio futuro e quello del bambino, se si sarà capaci di affrontare tutto questo (2).

Le situazioni in cui la diagnosi viene fatta nei primi anni di vita sono costituite da quelle patologie che si manifestano progressivamente durante lo sviluppo del bambino: deficit sensoriali, paralisi cerebrali infantili (PCI), epilessie, alcune malattie rare, malattie metaboliche, miopatie, distrofie, artrite reumatoide.

Altre patologie hanno invece una emergenza improvvisa: i tumori o gli handicap conseguenti a eventi traumatici. Per qualche patologia (autismo, sordità, deficit visivo grave) la comunicazione della diagnosi viene fatta dallo specialista che ha condotto gli accertamenti; più spesso è compito del pediatra, ospedaliero o di famiglia, affrontare il difficile momento della prima comunicazione.

Affrontare l'incertezza

Per realizzare un colloquio efficace nel momento di comunicazione della diagnosi, è necessario tenere conto dei principali vissuti e meccanismi difensivi sollecitati nei genitori dalla notizia dell'handicap.

Molti Autori (5,6,7,8) hanno assimilato questo vissuto al lutto sulla falsariga delle fasi di elaborazione del lutto proposte da Bowlby (9). Allo shock e allo stordimento iniziale, caratterizzato da sensazioni di disorientamento e impotenza, segue una fase di negazione e rifiuto: "non è vero", "ci deve essere un errore", "si sono sbagliati ed è meglio andare da qualcun altro", "tutto si rimetterà a posto" (3). Nella fase successiva si alternano momenti di rabbia e di collera, verso i medici, verso il coniuge, ma anche verso il bambino, a momenti di vergogna e colpa, in cui i genitori credono di essere gli unici responsabili dell'handicap, o attraverso la trasmissione

Per corrispondenza:
Doriana Chiuchiù
e-mail: dchiuchiu@ausl-cesena.emr.it

saper fare

di anomalie genetiche o per oscuri e irrazionali collegamenti fra colpe commesse in passato e l'attuale "punizione". Infine, attraverso una fase depressiva di contatto col dolore e con la tristezza (3), inizia un lento e mai definitivo processo di adattamento alla realtà, in cui ci si avvicina alla disabilità del figlio contrattando internamente con limiti e risorse che la situazione presenta e riorganizzandosi per affrontarla.

Altri Autori (4) sottolineano che, benché vi siano importanti analogie con le fasi di elaborazione del lutto, esistono tuttavia importanti differenze di cui va tenuto conto: non si è perso realmente qualcuno, si è perso il desiderio di un bambino sano; non c'è mai un cadavere su cui piangere (un po' come per i *desaparecidos*) e da cui poi prendere le distanze, al posto del bambino sano atteso c'è un altro bambino, reale e presente, con i suoi bisogni cui si teme di non saper rispondere (3). Inoltre nelle situazioni di diagnosi più tarda il momento di confusione iniziale è vissuto anche come difficoltà a riconoscere il figlio, diventato diverso da quello che fino allora si era immaginato. Naturalmente le diverse fasi descritte non si susseguono mai in una rigida sequenza prestabilita, ma si sovrappongono e alternano nei differenti momenti del faticoso processo di adattamento alla situazione di handicap, e ognuno dei vissuti e dei meccanismi di difesa descritti può apparire già dal momento della prima comunicazione.

È abbastanza acquisita la necessità di considerare i meccanismi psicologici e le difese della famiglia nella prima comunicazione, invece molto poco si è riflettuto sui vissuti personali e sulle ansie dei medici che devono affrontare il momento della consegna della diagnosi (6). Eppure il coinvolgimento emotivo è inevitabile; nessun operatore può sottrarsi alla personale risonanza delle cattive notizie che sta portando (10). Nelle testimonianze dei genitori è presente il ricordo di comunicazioni frettolose, troppo tecniche, che evitano le domande più difficili; atteggiamenti che denotano non certo un distacco dall'altro, ma un tentativo di tenere a bada le proprie ansie e l'eccessivo coinvolgimento emotivo.

Negli ultimi venti anni sono state prodot-

te ricerche per mettere in luce la metodologia seguita dai medici nella prima comunicazione e le risposte dei genitori. Nel 1987 sono stati intervistati tutti gli operatori coinvolti nella comunicazione della diagnosi in 10 ospedali milanesi; la stragrande maggioranza degli intervistati (86%) esclude qualsiasi riferimento a una metodologia codificata, l'80% parla inizialmente soltanto con il padre del bambino e circa la metà non identifica un luogo privilegiato per parlare con i genitori e utilizza i corridoi o le stanze di degenza (11). In una ricerca sulle malattie croniche in pediatria, svolta negli anni '90 su un campione di 22 AUSL su tutto il territorio nazionale, colpisce che il 20% delle famiglie cambia medico o centro di riferimento dopo la comunicazione della diagnosi e che i problemi più frequenti segnalati dai genitori sono relativi alla comunicazione: poca chiarezza informativa, poca disponibilità (5). Infine, in una ricerca più recente, svolta nella provincia di Bologna nel 1998 con un'intervista a medici e genitori, emerge ancora che la maggior parte dei medici preferisce parlare con il solo padre e che i luoghi scelti sono inadatti; dalle risposte dei genitori si evidenzia che alcuni medici sono stati vaghi e poco chiari nell'espone il problema, altri hanno dato informazioni essenzialmente negative e con note di commiserazione per il futuro del bambino e della sua famiglia (12).

I risultati di queste ricerche mettono in luce le grandi difficoltà che incontrano i medici nell'affrontare il momento della prima comunicazione. Difficoltà prevalentemente di carattere emotivo: comunicare all'altro una situazione di sofferenza mette in contatto con quella stessa sofferenza; rimanda al rapporto che il professionista ha con la sofferenza, alla sua idea di malattia, alle sue attese rispetto alle proprie capacità di far evolvere le situazioni (13); il medico si trova di fronte a patologie che non può sanare, rispetto alle quali si sente impotente e, se non è in grado di accogliere e tollerare questi sentimenti, si difenderà con la fretta, col distacco, a volte con bugie e inesattezze consolatorie che contengono l'implicita convinzione che la famiglia non sia in grado di affrontare il problema. Altre volte la ricerca di diagnosi precoci a tutti

i costi, o la tendenza a fare prognosi troppo precise e dettagliate, denunciano la difficoltà nel tollerare l'incertezza e l'attesa. Certamente il rapporto con tutto questo è estremamente complesso e rimanda alla necessità di interrogarsi sulle dimensioni della propria identità professionale, che comprende anche la capacità di stare accanto al paziente in una situazione non piacevole, non gratificante, incerta e dolorosa (2).

In sintesi, nella prima comunicazione si verifica un flusso di informazioni bidirezionale tra medico e genitori, in cui il messaggio è veicolato, oltre che dalle parole, anche dai gesti, dalle espressioni e dai silenzi, e che comprende le emozioni e i vissuti di ognuno. In tali situazioni può determinarsi un gap molto profondo: se il medico per difendersi dall'ansia diventa troppo tecnico e il genitore ha una tale angoscia che non riesce a capire quello che gli si dice, la comunicazione sarà estremamente inefficace e insoddisfacente. Tentare di migliorare il momento della prima comunicazione, riducendo il rischio di incomprensione e di distacco fra i protagonisti di questo scambio, significa cercare di definire alcuni criteri che orientino il colloquio, trovando un punto di equilibrio fra la codifica rigida dei comportamenti da tenere e la totale improvvisazione legata al buon senso e alla disponibilità personale dell'operatore (13).

Il sostegno successivo: la ricostruzione dopo la catastrofe

Con l'obiettivo di migliorare il primo colloquio, sono stati fatti dei tentativi per individuare alcuni punti di riferimento per chi ha il compito di condurre questo incontro (13), una sorta di bussola per orientare l'operatività del medico. In particolare è stata sottolineata la necessità di avere presente che si è di fronte all'annuncio di una realtà diversa da quella attesa, inevitabilmente incerta e dolorosa. È molto importante essere consapevoli che si comunica anche attraverso il non verbale, e che il messaggio che i genitori raccolgono comprende anche gli atteggiamenti e i vissuti del medico nei confronti della diagnosi che sta consegnando. Insomma lo strumento principale da adottare per affrontare questo

momento è la disponibilità all'ascolto e all'accoglienza delle emozioni dolorose dei genitori e proprie (2).

Se la bussola è la capacità di ascolto, la mappa su cui muoversi è quella tracciata dai vissuti dei genitori. Le diverse fasi attraversate dalla famiglia corrispondono ad altrettanti bisogni, più o meno esplicitamente espressi, che possono guidare le azioni e gli atteggiamenti del medico.

La prima reazione, come già detto, è quella dello stordimento e del disorientamento, l'angoscia suscitata dal trauma provoca un attacco al legame (2), inteso come generale capacità di riconoscersi nelle relazioni e come senso di appartenenza alla comunità umana: le persone si sentono differenti ed estranee a tutti, sperimentano sentimenti di solitudine, isolamento, vuoto. In questa fase i genitori hanno bisogno soprattutto di sentirsi accolti e sostenuti, di ricevere rispetto e fiducia. Allora diventa fondamentale la costruzione di un setting per la prima comunicazione che garantisca l'accoglienza, è importante disporre di uno spazio adeguatamente dignitoso e riservato in cui svolgere il colloquio e di un momento delicato in cui il medico possa avere tutto il tempo necessario senza distrazioni o interruzioni dall'esterno (14). Tutti gli Autori sottolineano anche l'importanza del comunicare la diagnosi ad entrambi i genitori congiuntamente, modalità non sempre usuale.

Comunicare la diagnosi a uno solo dei genitori significa lasciarlo solo in preda al suo dolore e delegargli l'onere di dover comunicare la notizia drammatica all'altro, che a sua volta potrà sentirsi ingannato e sottovalutato. La presenza e la disponibilità del medico, veicolate dai semplici elementi contestuali dello spazio e del tempo, permettono di instaurare un rapporto basato sulla fiducia reciproca e sul rispetto, che aiuterà i genitori a riguadagnare gradualmente fiducia in se stessi e nel loro bambino. I dati raccolti nel 1986 dal Servizio d'Informazione e Consulenza dell'Associazione Bambini Down (6) confermano che "ogniquale volta veniva riferito che il medico aveva cercato di avere un colloquio con entrambi i genitori e aveva dedicato loro del tempo, i genitori si dichiaravano riconoscenti e grati al medico da cui si erano

sentiti incoraggiati" (15). Lo stordimento iniziale provoca anche un attacco al pensiero, le persone diventano incapaci di comprendere le informazioni che vengono fornite, di memorizzarle e talvolta anche di sentirle; persino le parole più comuni possono diventare oscure, "non sai bene cosa significa esattamente quello che ti stanno dicendo, ti dicono cose esatte a cui non credi o cose inesatte a cui credi, pensi che si siano sbagliati" (6). Ancora più inquietanti sono le informazioni vaghe, che risultano minacciose proprio perché misteriose (16). Si pone la necessità di fare attenzione ai contenuti della comunicazione che porge: poche informazioni, chiare e corrette. Diversi protocolli clinici e carte dei servizi (17) fissano alcuni principi essenziali per l'assistenza ai bambini disabili e alle loro famiglie che definiscono anche i contenuti fondamentali della consegna della diagnosi: nome corretto della malattia, opzioni di trattamento, prognosi prevedibile. A queste informazioni dovrebbe accompagnarsi l'informazione sulle strutture sanitarie e sulle reti di supporto sociale. La correttezza dei contenuti non elimina del tutto il problema delle difficoltà dei genitori a capire quanto viene detto. L'elaborazione della diagnosi comporta un lungo metabolismo e le cose vanno dette e ridette (4). Per questo è molto importante che il momento della prima comunicazione sia l'inizio di un percorso, un tempo per dare tempo, un momento in cui vengano previsti ulteriori appuntamenti, dopo che i genitori abbiano potuto ripensare le informazioni e formulare meglio le proprie domande. Un tempo necessario anche al medico per valutare quanto i genitori hanno realisticamente compreso, se si trovano in una posizione di minimizzazione o se si rappresentano la situazione in termini più tragici della realtà.

Al disorientamento iniziale segue una fase in cui si alternano sentimenti di collera e sensi di colpa: ricerca di un responsabile della "disgrazia" della causa della malattia, delle "responsabilità" (3). L'aggressività viene proiettata all'esterno, nella struttura sanitaria o nel medico; si diventa diffidenti nei confronti di chi sta dando cattive notizie, si parte alla ricerca di altri esperti che possano dire

cose diverse. A volte la rabbia è indirizzata verso se stessi, ci si sente colpevoli di avere danneggiato il proprio figlio, si ricostruiscono alberi genealogici per attribuire la colpa all'uno o all'altro ramo della famiglia. In questa fase, i genitori hanno bisogno che la loro rabbia venga accolta e metabolizzata da parte del medico, non restituita al mittente con atteggiamenti difensivi e a volte sottilmente colpevolizzanti. È bene permettere alla famiglia di consultare altri centri e altri specialisti, magari accompagnandoli e proteggendoli in questa ricerca (4); ed è fondamentale che si rimanga a disposizione dei genitori, che non li si abbandoni perché hanno dubitato delle competenze. Infine è necessario che li si rassicuri sulle loro "responsabilità", spiegando molte volte (quando sono note) la patogenesi e l'eziologia della malattia.

A proposito dei sentimenti di rabbia e colpa è importante proporre alcune distinzioni fra le diverse forme di handicap e di malattia cronica. Alcuni studi hanno dimostrato che l'atteggiamento dei genitori nell'accogliere la notizia è diverso a seconda che si tratti di malattia genetica o di esito di un danno (come ad esempio nelle PCI): le coppie con un figlio con malattia genetica hanno reazioni più razionali e maggior capacità di esprimere sentimenti. In qualche modo la diagnosi certa permette di reagire alla tragedia con capacità maturative. Viceversa le coppie con un figlio con PCI sentono di avere ricevuto un "sopruso" e continuano molto a lungo ad essere arrabbiate (18). Altre ricerche hanno dimostrato che le patologie che riguardano la mente e il sistema nervoso, quelle che hanno implicazioni neuropsicologiche come il ritardo mentale o come le difficoltà nella deambulazione, sono più difficili da accettare (5). Forse queste situazioni di handicap presentano un più marcato svantaggio psicosociale perché sono visibili e richiedono un confronto con l'accettazione sociale e culturale (3). Un discorso a parte meritano le malattie croniche progressive.

Nessun genitore è in grado di capire subito con esattezza quale futuro lo aspetta; è giusto che questa realtà vada scoperta lentamente, perché ci sia un graduale adattamento. In questi casi è

importante che il medico aiuti i genitori a tenersi aggiornati sulle novità scientifiche e a non perdere la speranza, perché il futuro nessuno lo può predire con certezza (2). Nell'ultima fase la presa di contatto col proprio dolore e con i sentimenti di inadeguatezza, i dubbi sulla capacità di affrontare la situazione sollecitano gradualmente nei genitori le domande sul futuro e il bisogno di iniziare a fare qualcosa per il proprio figlio: è l'inizio della riorganizzazione che conclude il lutto.

Le ricerche confermano che alla fase critica di inaccettabilità dell'handicap segue sempre una fase di adattamento: le famiglie si riorganizzano in relazione alla propria storia precedente e alle proprie caratteristiche peculiari (6). Nelle situazioni in cui la comunicazione viene fatta in un'epoca successiva alla nascita, i genitori hanno bisogno di recuperare gli aspetti positivi e gli adattamenti precedenti che avevano caratterizzato la relazione con il figlio prima della definizione della diagnosi. Per facilitare l'accesso a questa fase è importante che il medico, già dalla prima comunicazione, faccia intravedere ai genitori quello che possono fare per il figlio, li aiuti a sentirsi utili (16), non proponendo solo informazioni negative, ma evidenziando le possibilità di intervento, le potenzialità del bambino, i progetti educativi e riabilitativi. È importante permettere di conoscere meglio il proprio bambino e il suo deficit, coinvolgendoli, nella progettazione del percorso terapeutico (19). La collaborazione attiva dei genitori riduce il senso di frustrazione e migliora l'efficacia delle cure (20). Sottolineare le risorse del bambino e della famiglia permette di accettare l'idea che è possibile convivere con la malattia, rinunciare al desiderio di restituire normalità alle parti irrecuperabili rivolgendo l'attenzione alle parti sane del figlio.

Conclusioni

La prima comunicazione della diagnosi rischia di rappresentare per la famiglia di un bambino con handicap o malattia cronica un momento di catastrofe, nel senso di radicale discontinuità fra il prima (i desideri, le attese, ma anche i timori) e il dopo (il dolore, la rabbia e l'impotenza).

Impostare il momento della consegna della diagnosi seguendo alcune regole di contesto, delimitando i contenuti della comunicazione, ascoltando e accogliendo le emozioni dei genitori e le proprie, sottolineando le risorse della situazione, significa tentare di gettare un ponte fra passato e futuro e avviare la ricostruzione dopo la catastrofe. Si tratta di mettere in moto da subito quel lungo e complicato processo che permette ai genitori di tessere nuovamente l'appartenenza, di ri-conoscere il proprio figlio e rincontrarlo in quella che Pontiggia chiama la "seconda nascita" dei bambini con handicap (21). ♦

Bibliografia

- (1) Sorrentino AM. Handicap e riabilitazione. N.I.S. Roma 1987.
- (2) Prima comunicazione e handicap. Conferenza Regionale sulle politiche dell'handicap 2001-2002 Regione Emilia Romagna.
- (3) Chiuchiù D. Silimbani R. Guardo Racconto e Conosco il mio bambino. Gruppi con genitori 1987-2002. Centro Documentazione Educativa 2002.
- (4) Polletta G. L'apocalisse del mondo per i genitori del bambino anormale. AUSL Ferrara 1986.
- (5) Gruppo collaborativo per lo studio della patologia clinica in Pediatria. Le malattie croniche in pediatria. Epidemiologia clinica e assistenziale. Medico e bambino 1994; 2:24.
- (6) Zambon H. A. La nascita: medico, famiglia e impatto con l'handicap. Sindrome di Down notizie 1989; 3:25.
- (7) Bicknell J. The psychopathology of handicap. Brit J Med Psych 1998; 56:167.
- (8) Gargiulo RM. Lavorare con i genitori di bambini handicappati. Zanichelli Bologna 1987.
- (9) Bowlby J. Attaccamento e perdita. Vol. 3. Boringhieri, Torino 1983.
- (10) Pesci MC. Cattivi ricordi. HP 1996; 49:33.
- (11) Merlo G. Parola di dottori. HP 1998; 62:18.
- (12) Follo D. Comunicare l'evento. HP 1998; 68:10.
- (13) Di Pasquale G. Dottori diversi. HP 1996; 49:36.
- (14) Montaguti A. Note informative per la comunicazione della nascita di un figlio con S. di Down. A.USL Cesena 1992.
- (15) Fava G. Cosa si è scritto. HP 1996; 49:40.
- (16) Canevaro A. Quando nasce un bambino handicappato. Rassegna Stampa Handicap 1989; 13:7.
- (17) Ciotti F. Lavorare per l'infanzia. Franco Angeli, Milano 2002.
- (18) La Nuova Famiglia. Famiglie e figli con handicap. La patologia da parto crea emotività e problemi alla coppia; più razionale l'approccio in caso di malattia genetica. La Nuova Famiglia Ed. 2002.
- (19) Negri R. Lavorare sui genitori. HP 1998; 62:52.
- (20) Ciotti F. Insidie nella valutazione dello sviluppo. Medico e bambino 1994; 1:28.
- (21) Pontiggia G. Nati due volte. Mondadori, Milano 2000.

Fondazione Cassa di Risparmio di Cesena
Comune di Cesena
AUSL Cesena Programma Materno-Infantile
Associazione Culturale Pediatri Romagna

NASCERE INSIEME

con la famiglia, coi servizi, con la comunità

Sabato 12 marzo 2005 - ore 9.00

Sala Convegni Osp. Maurizio Bufalini
Cesena

Viale Ghirotti 86

Obiettivi: porre al centro del confronto il tema del sostegno alla genitorialità nel primo anno di vita del bambino. Il tema coinvolge in primo luogo la famiglia che viene in contatto coi servizi sanitari e sociali, con la rete della comunità. L'incontro positivo o problematico tra famiglia e rete può costituire un fattore protettivo e di sostegno oppure un fattore di rischio per la crescita del bambino. Il compito dei professionisti dell'infanzia diventa quindi duplice. Da un lato definire quali sono gli interventi di provata efficacia a sostegno della genitorialità in questa fase di sviluppo del bambino. Dall'altro "pensare" un percorso integrato di funzionamento dei servizi, coerente per gli operatori e per la famiglia. Sul primo tema si confronteranno alcuni "esperti" alla luce dei dati di letteratura e di alcune esperienze. Sul secondo una esperienza locale, quella del percorso nascita a Cesena, sarà analizzata nei suoi elementi costitutivi, nei collegamenti di rete e nelle sue criticità, per consentire ai partecipanti di estendere riflessioni ed azioni anche alle proprie realtà.

Programma

Ore 9-13 IL SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ Interventi e prove di efficacia

Tavola rotonda introdotta e coordinata da
Giorgio Tamburlini

Il sostegno alla genitorialità alla nascita G. Gori
Il progetto di home visiting nel Comune di Roma
M. Ammaniti

Il progetto Mamme Insieme nel comprensorio di
Cesena F. Ciotti

Gli interventi di sostegno alla genitorialità: prove
di efficacia D. Baronciani

Ore 14-17 IL PERCORSO NASCITA A CESENA Opportunità e criticità di una esperienza

Tavola rotonda introdotta e coordinata da
Giancarlo Biasini

Il percorso nascita in ospedale P. Montagner

Gli interventi del Consultorio Familiare O. Rossi

Le azioni della Pediatria di Comunità M. Farneti

Il ruolo del Pediatra di Famiglia P. Faberi

Le attività dei Centri per le Famiglie V. Severi

Discussant: Giorgio Tamburlini

Partecipazione gratuita

Segreteria

Programma Materno-Infantile AUSL Cesena

Tel. 0547 394286 - Fax 0547 394283

Email: fciotti@ausl-cesena.emr.it

L'esame coproparassitologico nei bambini

Indicazioni e indagini raccomandate

Daniele Crotti*, Annibale Raglio**, Daniela Galli***, Francesco Bernieri****

*Struttura Complessa di Microbiologia, Azienda Ospedaliera di Perugia; **Laboratorio di Microbiologia e Virologia, Ospedali Riuniti di Bergamo; ***Comitato di Studio per la Parassitologia-Associazione Microbiologi Clinici Italiani, Genova; ****Direzione Generale Sanità, Regione Lombardia, Milano

Abstract

Parasitic stool investigation methods in children

The following are recommendations for an adequate parasitic stool investigation in a paediatric population. The prevalent protozoa and helminths of medical interest are presented, with suggestions for an adequate parasites stool investigation. Different diagnostic approaches are then indicated both for autochthon and imported parasitic infections; with different indications for native paediatric population, travellers, migrants and adopted children. Among different categories there are then different diagnostic approaches between symptomatic or asymptomatic children. Authors particularly emphasize standard stool examination (O&P) which should consider both a direct microscopy, microscopy after concentration and at least one permanent stain like Giemsa. Vary are the indications for oxyuris cellophane tape test and for specific investigations for *Strongyloides stercoralis*. In conclusions Authors show three different specific procedures: O&P, scotch-test, investigation method for *Strongyloides stercoralis* and underline the need for a necessary and strong collaboration between parents, paediatrician and clinical microbiologists.

Quaderni acp 2004; 12(1): 39-42

Key words Parasitological investigations. Intestinal parasitosis. Protozoa. Helminths

Vengono presentate le raccomandazioni di base per l'esecuzione di un razionale esame parassitologico delle feci nella popolazione pediatrica. Vengono presentati i più importanti protozoi ed elminti di interesse medico e si suggeriscono le motivazioni per la richiesta di una indagine coproparassitologica adeguata. Vengono così indicati i percorsi preanalitici in tema di parassitosi sia autoctone che di importazione, suggerendo parziali differenti approcci tra popolazione pediatrica autoctona, viaggiatori e migranti, bambini adottati. All'interno di tali categorie vengono differenziate le motivazioni diagnostiche tra sintomatici e non sintomatici. Particolare enfasi, infine, viene rivolta all'esame coproparassitologico standard (O&P) che deve essere costituito da esame microscopico diretto e dopo concentrazione e da almeno una colorazione permanente, quale il Giemsa. Indicazioni diversificate sono invece quelle relative alla esecuzione dello scotch-test (per ricerca di ossiuri) e, quando indicato, alla ricerca mirata di *Strongyloides stercoralis*. Sono infine presentate le tre istruzioni diversificate per le tre diverse indagini diagnostiche specifiche: O&P, scotch-test, ricerca di *S. stercoralis*; invitando a un dialogo stretto tra familiari del bambino, pediatra e diagnosta di laboratorio microbiologico.

Parole chiave Esame parassitologico. Parassiti intestinali. Protozoi. Elminti

L'obiettivo di questo articolo è di dare indicazioni ai pediatri circa le indicazioni dell'esame coproparassitologico, e le modalità relative di raccolta dei campioni per la ricerca di parassiti, o loro prodotti, emessi con le feci.

Parassiti intestinali

Le parassitosi intestinali sono causate da protozoi, che sono microrganismi unicellulari, e da elminti (o vermi), che sono organismi pluricellulari di dimen-

sioni variabilissime (1). Per semplicità tassonomica possiamo suddividere i protozoi in 4 gruppi principali: amebe, flagellati, ciliati e coccidi, e gli elminti in 3 gruppi: cestodi, trematodi e nematodi.

Si fa qui riferimento alle principali parassitosi autoctone e di importazione (da Paesi endemici), ascrivibili all'apparato gastro-intestinale nel suo complesso, rimandando a testi più esaustivi per le parassitosi rare o comunque non comuni (2).

La distribuzione dei protozoi è pressoché ubiquitaria; la distribuzione degli elminti può essere diversificata, nel senso che alcuni elminti sono presenti soltanto in determinate aree geografiche.

Peraltro, dal momento che l'approccio metodologico diagnostico non cambia, non si ritiene utile indicare le peculiari distribuzioni geografiche di alcuni elminti (in particolare trematodi), per le quali si rimanda a testi più completi (1).

Protozoi

PATOGENI

I protozoi patogeni responsabili di infezione intestinale sono: *Entamoeba histolytica* (vedi nota a pag. 42), *Giardia intestinalis* (o *Giardia lamblia*, o *Giardia duodenalis*), *Dientamoeba fragilis*, *Balantidium coli*, *Cryptosporidium parvum*, *Isoospora belli*, *Cyclospora cayentanensis*. Per queste infezioni è solitamente raccomandata una terapia specifica.

NON PATOGENI

Questi sono: *Entamoeba coli*, *Entamoeba hartmanni*, *Endolimax nana*, *Iodamoeba buetschlii*, *Chilomastix mesnili*, *Trichomonas hominis*, *Enteromonas hominis*, *Retortomonas intestinalis*. Il reperimento di questi protozoi saprofito-commensali è significativo di contaminazione idroalimentare o ambientale. Non vanno mai trattati con farmaci anti-parassitari.

Per *Blastocystis hominis*, ameba "atipica", il ruolo è ancora controverso, nel senso che in talune circostanze può comportarsi da opportunisto patogeno; solitamente è rinvenibile associato ad altri parassiti anche patogeni, o, se osservato da solo, è espressione di una pregressa diversificata patologia in sede intestinale.

Elminti

Gli elminti sono da ritenersi sempre patogeni, anche se possono causare

Per corrispondenza:
Daniele Crotti
e-mail: analisi.cliniche@ospedale.perugia.it

saper fare

TABELLA 1: INDICAZIONI PER LA DIAGNOSTICA DELLE PARASSITOSI

BAMBINO AUTOCTONO	
SINTOMATICO	
▶ Diarrea acuta/protratta	→ esame coproparassitologico standard
▶ Disturbi intestinali aspecifici	→ esame coproparassitologico standard
▶ Ipereosinofilia	→ esame coproparassitologico standard
▶ Prurito anale	→ scotch-test
ASINTOMATICO	
▶ Riferiti elementi "strani" emessi con le feci	→ esame coproparassitologico standard
▶ A stretto contatto con soggetti parassitati o in comunità in cui è segnalata un'epidemia	→ scotch-test (se <i>enterobiasi</i>) → esame coproparassitologico standard (se <i>altra parassitosi</i>)
VIAGGIATORE (bambino che rientra da Paesi in via di sviluppo)	
SINTOMATICO	
<i>Al momento del rientro</i>	
▶ Diarrea acuta/protratta	→ esame coproparassitologico standard
▶ Disturbi intestinali aspecifici	→ esame coproparassitologico standard
<i>Dopo 1-3 mesi dal rientro</i>	
▶ Disturbi intestinali aspecifici	→ esame coproparassitologico standard
▶ Ipereosinofilia	→ esame coproparassitologico standard → ricerca mirata di <i>S. stercoralis</i>
ASINTOMATICO	
▶ <i>Dopo 3 mesi dal rientro</i>	→ esame coproparassitologico standard (sulla base di attente valutazioni anamnestiche)
BAMBINO ADOTTATO (Est-Europa, Africa, Centro e Sud America, Asia)	
SINTOMATICO	
<i>Al momento dell'ingresso</i>	
▶ Diarrea acuta/protratta – Disturbi intestinali aspecifici	→ esame coproparassitologico standard
▶ Ipereosinofilia	→ esame coproparassitologico standard → ricerca mirata di <i>S. stercoralis</i>
▶ Anemia	→ esame coproparassitologico standard
▶ Prurito anale	→ scotch-test
ASINTOMATICO	
▶ <i>Al momento dell'ingresso</i>	→ esame coproparassitologico standard

infestazioni asintomatiche, o apparentemente tali.

I più importanti vermi di interesse umano sono: *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiura*, *Ancylostoma duodenale*, *Necator americanus*, *Enterobius vermi-*

cularis, *Strongyloides stercoralis*, *Capillaria* spp. (*C. hepatica* e *C. philippinensis*), *Trichostrongylus* spp., *Schistosoma* spp. (*S. mansoni*, *S. japonicum*, *S. intercalatum*, *S. mekongi*, *S. haematobium*), *Clonorchis sinensis*, *Opistorchis*

spp., *Paragonimus westermani*, *Fasciola hepatica*, *Metagonimus* spp, *Heterophyes* spp., *Taenia* spp. (*T. saginata* e *T. solium*) *Hymenolepis nana*, *Hymenolepis diminuta*, *Diphyllobothrium latum*. Queste infestazioni da elminti vanno trattate con antielmintici specifici.

Quando fare una indagine

I campioni fecali per la ricerca di parassiti (tabella 1) sono utili nelle seguenti circostanze:

- ▶ disturbi intestinali aspecifici;
- ▶ diarrea infettiva (acuta, protratta, "diarrea del viaggiatore");
- ▶ ipereosinofilia (in caso anche con prurito, e talora con lesioni cutanee da grattamento);
- ▶ anemia (ma solo per provenienti da zone endemiche, soprattutto Africa);
- ▶ bambini asintomatici con uno dei seguenti elementi "di rischio":
 - adottati, provenienti o rientranti da Paesi endemici per parassiti;
 - a contatto stretto con soggetti dimostratisi parassitati (scuole, famiglie);
 - in situazioni epidemiche (scuole, collettività chiuse, campeggi);
 - che riferiscono elementi "strani" emessi con le feci.

Nei pazienti immunocompromessi sintomatici, a parte alcuni protozoi peculiari di tale stato immunitario, le infezioni parassitarie possono essere più frequenti e, nel caso, più gravi. Mentre le parassitosi autoctone sono molto limitate e rare, le parassitosi di importazione sono sicuramente meno infrequenti.

In Italia sono segnalati essere tuttora presenti: *G. intestinalis*, *D. fragilis*, tra i protozoi (mentre *C. parvum* sembra essere rarissimo), *E. vermicularis* (ma dello scotch-test, vedi oltre), *Taenia* spp. (*T. saginata*, di fatto), e, assai di rado segnalati, *A. lumbricoides* e *T. trichiura*, tra i vermi (4).

La maggior parte dei parassiti importati proviene da Paesi dell'Africa soprattutto sub-sahariana, Continente indiano ed Estremo Oriente, Centro e Sud-America, Est-Europa.

TABELLA 2: ISTRUZIONI PER LA RACCOLTA DELLE FECI (ESAME COPROPARASSITOLOGICO STANDARD)**Come raccogliere 3 campioni di feci emesse a giorni alterni**

1. Vanno raccolte su una superficie asciutta e pulita, tipo un foglio di cartone o giornale ripiegato, o un sacchetto di plastica, posti sopra l'acqua del water o anche per terra, sul pavimento. Non vanno contaminate né con le urine né con l'acqua del water.
2. Vanno prelevate in punti diversi dell'intera evacuazione. Trasferire in un adeguato contenitore (di plastica, fornito dal laboratorio o acquistato in farmacia), utilizzando una spatola o una bacchetta di legno o una posata di plastica, una quantità di feci pari almeno al volume di una grossa noce.
Se le feci sono diarroiche raccogliere almeno 5-10 ml di materiale fecale.
3. Chiudere molto bene il contenitore ed etichettarlo con cognome e nome, data di nascita, data e ora dell'emissione delle feci.
4. Consegnare il campione al laboratorio entro 2-4 ore dalla raccolta oppure conservarlo in frigorifero per non più di 24 ore.
Attenzione: se le feci sono liquide, il campione deve pervenire al laboratorio entro 30-60 minuti dalla loro emissione!

Precauzioni importanti

- ▶ Alcuni giorni prima e durante il periodo della raccolta delle feci non fare uso di lassativi, antidiarroici, antimicrobici, o di altre sostanze interferenti come bario, bismuto, oli minerali.
- ▶ Alcuni giorni prima e durante il periodo della raccolta delle feci seguire un regime dietetico che prevede di evitare: legumi e frutta secca, frutti e verdure a cuticola resistente (pesche, albicocche, pomodori, pere, fragole, fichi), carote e banane.

NB: nel sospetto di una giardiasi o per escluderla può essere opportuno analizzare 6 campioni fecali

TABELLA 3: ISTRUZIONI PER L'ESECUZIONE DELLO SCOTCH-TEST (RICERCA SPECIFICA DI ENTEROBIUS VERMICULARIS E OSSIURI)**Eeguire 3 scotch-test preferibilmente a giorni alterni**

- ▶ La raccolta deve essere eseguita al momento del risveglio mattutino, prima che il bambino defechi e si lavi
 - ▶ Utilizzare nastro adesivo (scotch) trasparente
 - ▶ Ritirare il materiale necessario (vetrini e abbassalingua) in laboratorio
1. Tagliare con le forbici un pezzo di nastro adesivo (5-6 cm) un poco più corto del vetrino fornito dal laboratorio.
 2. Con l'aiuto di un abbassalingua (o del manico di un cucchiaio) appoggiare il nastro adesivo sull'orifizio anale comprimendo bene sulle pliche perianali per circa 15-20 secondi.
 3. Staccare il nastro adesivo dall'orifizio anale ed applicarlo ben steso sul vetrino.
 4. Identificare il vetrino con cognome e nome e data del prelievo.
 5. Consegnare il campione al laboratorio entro 2-4 ore dal prelievo oppure conservarlo in frigorifero per non più di 48 ore.

Dopo il prelievo lavarsi le mani: le uova sono spesso già embrionate e infestanti.

NB: nel forte sospetto di una enterobiasi, o per escluderla con certezza, può essere importante ricorrere all'analisi di 6 scotch-test

TABELLA 4: ISTRUZIONI PER LA RACCOLTA DELLE FECI (RICERCA SPECIFICA DI STRONGYLOIDES STERCORALIS)**Raccogliere 3 campioni di feci emesse a giorni alterni**

1. Le feci vanno raccolte su una superficie asciutta e pulita.
2. Vanno prelevate in punti diversi dell'intera evacuazione.
3. Trasferirle in un adeguato contenitore (di plastica, fornito dal laboratorio o acquistato in farmacia), utilizzando una spatola o una bacchetta di legno o una posata di plastica, una quantità abbondante di materiale fecale, corrispondente al peso di almeno 30-40 grammi. Ciò equivale a una quantità di feci pari al volume di un mandarino.
4. Chiudere molto bene il contenitore ed etichettarlo con cognome e nome, data di nascita, data e ora dell'emissione delle feci.
5. Consegnare il campione al laboratorio entro 6-12 ore dalla raccolta.

Quali indagini fare

Le indagini diagnostiche principali per le parassitosi dell'apparato gastro-intestinali sono:

- ▶ l'esame coproparassitologico standard: per più o meno tutti i parassiti (*tabella 2*);
 - ▶ lo scotch-test (per *E. vermicularis*);
 - ▶ la ricerca mirata di *S. stercoralis*.
- Per altre indagini, più specifiche si rimanda a testi più esaurienti (5).

Esame coproparassitologico standard

Può rilevare sia cisti che trofozoiti di protozoi, uova o larve di elminti. Prevede la ricerca microscopica dei parassiti direttamente nel sedimento fecale e nel sedimento fecale dopo un opportuno trattamento di concentrazione. Prevede anche l'osservazione microscopica di strisci fecali specificamente colorati (in prima istanza la colorazione di Giemsa). La non esecuzione di strisci colorati non permette di evidenziare alcuni protozoi quali ad esempio *D. fragilis*. Questo pro-

tozoo è spesso sottostimato, ma, al pari di *G. intestinalis*, può essere responsabile di patologie intestinali anche nel bambino (6). Inoltre questo esame ha una scarsissima sensibilità nei confronti di *E. vermicularis* e *S. stercoralis*.

Scotch-test

Serve per la ricerca di uova di *E. vermicularis* (Ossiuri) nelle pliche perianali (tabella 3).

Ricerca mirata di *S. stercoralis*

Va effettuata in situazioni specifiche di "rischio" per una strongiloidiasi; in pediatria, in bambini che abbiano avuto ripetuti contatti, di solito camminando in genere a piedi scalzi, in terreni caldo-umidi (a rischio sono i bambini adottati

Nota

Alla fine degli anni '70, Sargeant e collaboratori, studiando migliaia di ceppi provenienti da tutte le parti del mondo, svilupparono una tecnica capace di differenziare i ceppi di *E. histolytica* in due gruppi distinti dal punto di vista biochimico, denominati dagli Autori dello studio come "patogeno" l'uno e "non patogeno" l'altro.

Al primo gruppo appartenevano tutti i ceppi isolati da pazienti con patologia invasiva e alcuni ceppi isolati da portatori asintomatici, al secondo gruppo la maggior parte dei ceppi isolati da portatori asintomatici, ma nessun ceppo isolato da pazienti con sintomatologia amebica.

Le successive scoperte di differenze antigeniche e di differenze nel DNA tra i due gruppi di amebe hanno portato alla formale distinzione dei due gruppi in due distinte specie: *Entamoeba histolytica* "sensu stricto", patogena, ed *Entamoeba dispar*, non patogena (3).

L'esame coproparassitologico standard non è in grado di differenziare le due specie che sono tra di loro morfologicamente identiche. Esistono



da Paesi in via di sviluppo), e presentino un aumento della eosinofilia non altrimenti giustificabile (tabella 4).

Come raccogliere i campioni

In tutte le situazioni in cui si sospetta o si vuole escludere una parassitosi intestinale, è necessario raccogliere e analizzare 3 campioni, meglio se a giorni alterni, o, comunque, nell'arco di 7-10 giorni. Soltanto nelle enteriti è solitamente sufficiente un solo campione. Per contro, nel sospetto specifico di una giardiasi o di una enterobiosi è utile analizzare altri 3 campioni, se i primi erano negativi. Talora è possibile osservare vermi interi o parte di essi, sia nei campioni fecali sia spontaneamente eliminati. Può così capitare di reperire vermi adulti di *E. vermicularis* o di *A. lumbricoides*, così come proglottidi di *Taenia* spp. È opportuno fare pervenire sempre tali strutture, osservate dai soggetti stessi, o da un familiare, o dal medico curante, al laboratorio per una identificazione corretta. (tabella 2). ♦

tecniche in ELISA o PCR (Polymerase Chain Reaction) in grado di distinguere tra le due specie, ma si tratta di tecniche utilizzabili solo in laboratori di riferimento e non per la normale routine diagnostica soprattutto a causa dell'elevato costo.

Bibliografia

- (1) De Carneri I. Parassitologia generale e umana. Casa Editrice Ambrosiana, Milano, XII Edizione, 1997.
- (2) Bernieri F, Galli D, Giordano S et al. Indagine nazionale AMCLI-CoSP sulla diffusione delle parassitosi intestinali. Microbiol. Med. 1996; 11 (4): 463-472.
- (3) Sargeant PG, Williams JE, Greene JD. The differentiation of invasive and noninvasive *Entamoeba histolytica* by isoenzyme electrophoresis. Trans R Soc Trop Med Hyg. 1978; 72: 519-521.
- (4) Crotti D. Parassitosi intestinali autoctone nella seconda metà degli anni '90: considerazioni critiche diagnostiche. Microbiol. Med. 2001; 17 (1): 7-13.
- (5) Bernieri F, Crotti D, Galli D, Raglio A. Manuale illustrato di diagnostica parassitologica. Edizioni Selecta Medica, Pavia, 2001.
- (6) Crotti D, D'Annibale ML. Dientamoeba fragilis e dientamoebosi: aspetti di parassitologia clinica e diagnostica di laboratorio. Parassitologia 2001; 3: 133-138.

L'ABUSO SESSUALE NEL BAMBINO PREPUBERE

Competenza clinica
e capacità organizzative

Galleria d'arte moderna
C.so Galileo Ferraris 30

Torino 9 aprile 2005

Obiettivi: confrontare l'esperienza di un gruppo di professionisti che operano nel campo dell'abuso sessuale con un'attività di colleghi medici che, nell'esperienza quotidiana, incontrano situazioni in cui i minori si possono trovare in uno stato di pregiudizio. L'obiettivo è di costruire un linguaggio comune e modalità di approccio condivise che può essere raggiunto solo con uno scambio continuo tra l'esperienza clinica e l'apporto teorico.

- 9.00 Presentazione della giornata e dei risultati di una indagine condotta tra i pediatri relativamente a due casi di sospetto abuso sessuale giunti all'osservazione del pediatra di libera scelta e del pediatra di Pronto Soccorso (M. R. Giolito)
- 9.30 La diagnosi: quadri clinici di normalità e diagnosi differenziale (C. Cattaneo, M. Ruspa)
- 10.15 L'organizzazione: il lavoro in rete e le tecniche di implementazione dei requisiti e raccomandazioni in tema di abuso sessuale al bambino prepubere (D. Baronciani)
- 11.30 Le implicazioni medico-legali: la segnalazione e i contenuti della relazione informativa (A. Aprile)
- 12.15 Discussione
- 14.00 Capacità organizzative: alcuni modelli.
 - Firenze (Ospedale Careggi, M. Dei)
 - Milano (SVS, A. Kusterman, A. Gentilomo)
 - Napoli (Istituto Toniolo, A. Mazzei)
 - Ravenna (ASL e Ospedale, L. Laroni)
 - Torino (le équipes multidisciplinari, R. Balboni)
- 15.00 Capacità professionali: i processi riparativi delle lesioni dell'area ano-genitale da traumatismo (M. R. Giolito).
- 16.00 Discussione
- 16.30 Test di apprendimento e gradimento
- 17.00 Chiusura dei lavori

Segreteria

SGI srl. Simona Arpellino, via Pomaro 3, Torino
Tel. 011 359908 - Fax 011 3290679
e-mail: sgitorino@yahoo.it

Come affrontare la stipsi funzionale

Sergio Amarri*, Nadia Burgoni**

*UO di Pediatria, AUSL di Ravenna; **Corso di Laurea in Dietistica, Università di Modena e Reggio Emilia

Abstract

How to tackle with functional constipation

Functional constipation regards about 3% of children examined by the paediatrician. The frequency and the impact of such a problem impose different evidenced based and easily applicable therapeutic strategies. First of all child's and family's education and faecal impaction removal. Important parts of the treatment are also a fibre rich diet, good water intake, behavioural modifications, physical activity and a reasonable use of drugs. A single therapeutic remedy rarely brings success, therefore the most shared therapeutic ways are hereby shown. The paediatrician is almost always able to tackle with the problem without requesting other advices.

Quaderni acp 2005; 12(1): 43-45

Key words Constipation. Diet. Fibre. Laxatives. Behavioural modification

La frequenza e l'impatto clinico della stipsi funzionale che riguarda circa il 3% dei bambini visitati dal pediatra impongono l'adozione di strategie terapeutiche basate sulla evidenza clinica e facilmente applicabili. Le strategie comprendono anzitutto la rimozione dell'impatto fecale e l'educazione del bambino e della famiglia. Sono parti importanti del trattamento di mantenimento: la dieta con una ragionevole quantità di fibre e di acqua, le modificazioni comportamentali, l'attività fisica. E naturalmente un ragionevole uso di farmaci. Un singolo rimedio terapeutico raramente porta completo successo e sono illustrati i percorsi terapeutici più condivisi. Quasi sempre il pediatra è in grado di affrontare da solo la soluzione del problema senza richiedere consulenze specialistiche.

Parole chiave Stipsi. Dieta. Fibre. Lassativi. Modificazioni comportamentali

La stipsi, definita come riduzione della frequenza di scariche alvine o la difficoltosa evacuazione di feci dure, è un evento molto frequente: si stima che il 3% di tutti i bambini visitati da un pediatra e il 25% delle consulenze gastroenterologiche si abbiano per questo problema (1). La maggioranza dei casi di stipsi osservati dal pediatra ha una diagnosi di stipsi funzionale (cioè senza patologia organica). A questo gruppo di bambini-ragazzi il pediatra potrebbe rivolgere i consigli che seguono come approccio iniziale al problema.

L'atteggiamento del pediatra può far perno su una serie di approcci e di strategie sintetizzabili in:

1. Educazione
2. Rimozione dell'eventuale ingombro fecale
3. Terapia di mantenimento
 - a. Dieta
 - b. Modificazioni comportamentali

- c. Attività fisica
- d. Farmaci

Educazione

Nella stipsi funzionale l'origine del problema risiede in una "predisposizione" individuale, spesso familiare, a generare feci dure, disidratate, in presenza di un possibile colon lungo (dolicocolon) o con alterazioni della motilità. È indispensabile iniziare la terapia con solida motivazione e il medico curante deve prepararsi a spendere tutto il tempo necessario per rassicurare la famiglia su una buona prognosi del problema. Ad esempio, uno dei sintomi che più preoccupano sono i sanguinamenti da ragadi anali. Questo segno, invece, è interpretabile come un dato positivo a favore della diagnosi di disturbo funzionale, poiché depone per una buona capacità espulsiva delle feci, seppur indurite e quindi capaci di generare lesioni anali. Una consulenza spe-

cialistica gastroenterologica può essere utile, se i genitori necessitano di ulteriore supporto sulla strada dell'accettazione del concetto di una buona prognosi.

Rimozione dell'ingombro fecale

La presenza di fecalomi o di importanti masse di feci dure impedisce l'inizio di una terapia dietetica o farmacologica efficace e priva di effetti collaterali.

Per la rimozione di queste ci si può attenere ai seguenti criteri:

- Nei bambini sotto i 3 anni il retto può essere pulito con clisteri evacuativi. È indicato l'uso di miscele di soluzione fisiologica e olio di vaselina (proporzioni 8:2 su 10 parti di una dose di circa 10-15 ml/kg) al posto delle formulazioni per adulto, sconsigliate per l'alta concentrazione di fosfati.

- Nei bambini più grandi la rimozione della massa può essere eseguita anche con lassativi osmotici (polietilenglicole).

Terapia di mantenimento

Una volta superata la fase acuta, va fatto il possibile per abituare il bambino a non fare in modo di riformare feci dure e di difficile evacuazione con una terapia di mantenimento, che comprende dieta, modificazioni comportamentali, attività fisica e farmaci. L'approccio raramente è limitato a una sola strategia. Solitamente è preferibile applicarne più di una. Ad esempio, è utile una correzione dell'alimentazione associata a modificazioni comportamentali e a un aumento dell'attività fisica. Spesso è necessario ricorrere a un presidio farmacologico, soprattutto nei bambini più piccoli.

Dieta La dieta è il punto principale da curare. Deve comprendere una sufficiente quantità di acqua e fibre, che aumentano il volume e il peso delle feci, permettendone la progressione e una migliore evacuazione. Va quindi incoraggiata un'assunzione elevata di acqua, abitan-

Per corrispondenza:
Sergio Amarri
e-mail: s.amarri@ausl.ra.it

il punto su

TABELLA 1: CONTENUTO DI FIBRA NEGLI ALIMENTI (4)

Alimento	Fibra per 100 g (crudo e al netto degli scarti)
CEREALI E DERIVATI	
Pasta di semola	2,7
Riso	1,0
Pane comune	3,8
Fette biscottate	3,5
Biscotti secchi	2,6
Biscotti frollini	1,9
Cornflakes	3,8
Crackers	2,8
Grissini	3,5
Pizza margherita	3,8
Patate	1,6
FRUTTA	
Pere	3,8
Mele	1,7
Kiwi	2,2
Arance	1,6
Albicocche	1,5
Pesche	1,6
Banane	1,8
Fragole	1,6
Mandarini	1,7
Uva	1,5
Frutti di bosco (lamponi, more, mirtilli, ribes)	4,3
Ananas	1,0
Prugne	1,4
Succo di frutta (pesca, pera, albicocca ecc.)	0,2
Marmellata	2,2
VERDURA	
Carciofi	5,5
Carote	3,1
Spinaci	1,9
Melanzane	2,6
Cavolfiori	2,4
Finocchi	2,2
Pomodori	2,0
Radicchio rosso	3,0
Lattuga	1,5
Fagiolini	2,9
Zucchine	1,2
LEGUMI	
Fagioli borlotti freschi	4,8
Piselli freschi	6,3

TABELLA 2: INDICAZIONI PER I GENITORI NELLE VARIE ETÀ

BAMBINI da 1 a 3 anni		
Apporto giornaliero di fibra consigliato: 6-13 g		
Alimento	Quantità (g)	Contenuto di fibra (g)
Biscotti secchi	15 (colazione)	0,39
Pasta di semola	40 (pranzo) + 20 (cena)	1,62
Pane comune	30 (pranzo) + 30 (cena)	2,28
Spinaci	5	2,20
Cavolfiori	50	1,50
Kiwi	100	0,95
Albicocche	100	1,20
Pane e marmellata	30 + 20 (merenda)	1,58
Totale fibra (g)		11,72
BAMBINI da 3 a 5 anni e mezzo		
Apporto giornaliero di fibra consigliato: 8-15,5 g		
Alimento	Quantità (g)	Contenuto di fibra (g)
Fette biscottate e marmellata	20 + 20 (colazione)	1,14
Pasta di semola	55 (pranzo) + 25 (cena)	2,16
Pane comune	40 (pranzo) + 40 (cena)	3,04
Melanzane	50	1,30
Pomodori	50	1,00
Arance	110	1,76
Pesche	110	1,76
Frullato di frutta con biscotti	100 + 15 (merenda)	2,18
Totale fibra (g)		14,34
BAMBINI da 6 a 11 anni		
Apporto giornaliero di fibra consigliato: 11-21 g		
Alimento	Quantità (g)	Contenuto di fibra (g)
Cornflakes	40 (colazione)	1,52
Pasta di semola	65 (pranzo) + 30 (cena)	2,56
Pane comune	55 (pranzo) + 55 (cena)	4,18
Carote	100	3,10
Finocchi	100	2,20
Banane	150	2,70
Fragole	150	2,40
Crackers e succo di frutta	25 + 200 (merenda)	1,10
Totale fibra (g)		19,76
RAGAZZI da 12 a 18 anni		
Apporto giornaliero di fibra consigliato: 17-28 g		
Alimento	Quantità (g)	Contenuto di fibra (g)
Biscotti frollini	40 (colazione)	0,76
Pasta di semola	80 (pranzo) + 40 (cena)	3,24
Pane comune	75 (pranzo) + 75 (cena)	5,70
Radicchio rosso	100	3,00
Zucchine	150	1,80
Pere	150	5,70
Mandarini	150	2,55
Pizzetta margherita	100 (merenda)	3,80
Totale fibra (g)		26,55

do il bambino a berne piccole quantità nell'arco della giornata, anche lontano dai pasti. L'eccessiva disidratazione delle feci è, infatti, una delle cause principali di stipsi ostinata; inoltre, i lassativi osmotici funzionano attirando acqua e rammollendo le feci, e possono quindi essere efficaci solo in presenza di acqua nell'intestino.

La difficoltà maggiore per i genitori è comprendere come fornire al bambino stitico, attraverso l'alimentazione, un adeguato apporto di fibra, che nella maggior parte dei casi è carente. Un livello di assunzione giornaliera di fibra auspicabile in età pediatrica può essere calcolato nell'intervallo compreso tra un minimo di grammi dato dalla età anagrafica + 5 e un massimo di grammi dato da età anagrafica + 10 (2). Applicando il criterio a un bambino di 3 anni, questo dovrebbe assumere tra 8 e 13 grammi di fibra al giorno. Il contenuto in fibre degli alimenti è riassunto nella *tabella 1*.

La tolleranza individuale a livello gastrointestinale è variabile e può essere critica in soggetti non adattati. Un eccessivo apporto di fibra può infatti causare disturbi gastrointestinali: meteorismo, gonfiore e dolori addominali. Per questa ragione l'introduzione nella dieta di alimenti contenenti significative quantità di fibra alimentare deve essere graduale. Inoltre un eccessivo apporto di fibra (superiore al range consigliato) potrebbe causare chelazione di sali minerali o perdita di nutrienti, con conseguente insorgenza di carenze.

Adeguate quantità di fibra alimentare possono essere raggiunte semplicemente incoraggiando il bambino a un consumo abituale di cereali, frutta, verdura e legumi. L'introduzione graduale e progressiva di alcuni alimenti di origine vegetale è auspicabile già nel corso del divezzamento nella seconda metà del primo anno di vita, oltre che per l'apporto di una sufficiente quantità di fibra, anche per permettere una naturale accettazione di un corretto regime alimentare dopo il primo anno (3,4).

Si forniscono, nella *tabella 2*, alcuni esempi con i quali il pediatra può aiutare i genitori ad adottare un'alimentazione equilibrata, sufficiente per raggiungere un adeguato apporto di fibra nelle diverse fasce di età pediatrica.

Modificazioni comportamentali In associazione alla dieta sono utili modificazioni comportamentali:

- ▶ riduzione delle tensioni emotive esistenti, cercando di attuare un'attitudine positiva relativamente al problema nel bambino e in tutta la famiglia;
- ▶ "toilette training": consiste nell'insegnare al bambino il modo più corretto per un'efficace evacuazione. La posizione ideale è "semi-accucciata" con entrambe le piante dei piedi saldamente appoggiate a terra o a un sostegno (evitando le gambe penzoloni), onde favorire un potente torchio addominale. Inoltre sono consigliate le sedute dopo i pasti, concedendo al bambino tutto il tempo necessario.

Attività fisica Una regolare attività fisica stimola la funzionalità intestinale, favorendo l'evacuazione. Si consiglia di far attuare al bambino l'attività fisica preferita (nuoto, calcio, pallavolo, basket, tennis ecc.) e di ridurre la sedentarietà quotidiana, sviluppando uno stile di vita più attivo come andare a scuola a piedi o in bicicletta, portare a spasso il cane, giocare all'aria aperta ed evitare di trascorrere troppe ore davanti alla televisione o al computer.

Farmaci I farmaci indicati per la terapia di mantenimento sono i rammollitori fecali che comprendono:

- ▶ *lassativi osmotici*: sono consigliati il lattitolo e il lattulosio al dosaggio giornaliero di 1-3 g/kg/die in un'unica

somministrazione lontano dai pasti, accompagnata da abbondante acqua;

- ▶ *oli minerali lubrificanti*: il più usato è l'olio di vaselina al dosaggio giornaliero di 1-1,5 ml/kg/die in 1 o 2 somministrazioni, preferibilmente alla sera prima di andare a letto;
- ▶ *polietilenglicole*: farmaco di cui si è dimostrata recentemente l'efficacia, nei casi resistenti alle molecole precedentemente descritte. Il dosaggio giornaliero è di circa 0,7 ml/kg/die.

Tutti questi farmaci, che ovviamente il pediatra prescriverà, vanno assunti solitamente dai 3 ai 6 mesi fino alla completa regolarizzazione dell'alvo, aggiungendo le dosi fino a quella minima efficace per ottenere feci morbide. Uno degli errori più frequenti, infatti, è quello di sospendere la terapia con rammollitore subito dopo averne osservato un effetto positivo. Questi lassativi vanno usati fino a una completa e persistente normalizzazione dell'alvo, valutando con cautela gli effetti della sospensione. ◆

Bibliografia

- (1) Clinical practice guidelines-NASPGN. Constipation in infants and children: evaluation and treatment. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1999; 29:612-6.
- (2) American Health Foundation. Proceedings of the Children's Fiber Conference. American Health Foundation, New York, maggio 1994.
- (3) SINU (Società Italiana di Nutrizione Umana). LARN - Livelli di Assunzione Raccomandati di Energia e Nutrienti per la popolazione italiana. EDRA Medical Publishing and New Media. Revisione 1996.
- (4) INRAN (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione). Tabelle di Composizione degli alimenti. EDRA Medical Publishing and New Media. Aggiornamento 2000.



Prevenzione dell'emorragia tardiva del neonato con vitamina K

segue da pag. 30

- La profilassi orale con altri schemi è meno efficace della profilassi con una singola dose IM.

Condividere le evidenze

Ci confrontiamo con i punti nascita che effettuano ambedue alla nascita la profilassi per via intramuscolare e facciamo con loro una breve riunione mostrando le evidenze reperite. Uno degli ospedali pratica 1 mg intramuscolare di vitamina e sospende la prescrizione del Vita K® in attesa di un confronto più ampio da organizzare. Ai nati di questo ospedale non consigliamo nulla perché 1 mg intramuscolare risulta sufficiente per la profilassi. L'altro ospedale pratica 0,5 mg intramuscolare di vitamina e mantiene la prescrizione perché considera il consensus della SIN come una linea guida, riservandosi di cambiare pratica se la SIN modificherà posizione. Ai nati di questo ospedale, poiché non ci sono lavori che valutano l'efficacia della dose da 0,5 mg usata, consigliamo la supplementazione di vitamina K usando Konaktion gtt 1 goccia a settimana. ◆

Bibliografia

(1) Gruppo di Studio di Ematologia Neonatale, Società Italiana di Neonatologia. Profilassi con vitamina K dell'emorragia da deficit di vitamina K, Consensus Conference Siena, aprile 2004.
 (2) Sutor A, von Kries R, Cornelissen E et al. VKDB in infancy. ISTH Pediatric/Perinatal subcommittee International Society on Thrombosis and Haemostasis, Tromb Haemost 1999; 81:456-61.
 (3) Wariyar U, Hilton S, Pagan J et al. 6 years experience of prophylactic oral vitamin K., ADC Fetal Neonatal, Ed. 2000; 82:F64-68.
 (4) von Kries R, Hachmeister A, Gobel U. Repeated oral vitamin K in West Germany acceptance and efficacy, BMJ 1995; 313:1097-8.
 (5) Puckett R, Offringa M. Prophylactic vitamin K for vitamin K deficiency bleeding in neonates, Cochrane database of systematic reviews, vol 3, 2004.
 (6) Cornelissen M, von Kries R, Loughnan P et al. Prevention of vitamin K deficiency bleeding efficacy of different multiple oral dose schedules of vitamin K, Eur J Ped 1997; 156:126-30.
 (7) Golding J, Greenwood R, Birmingham K et al. Childhood cancer, intramuscular vitamin K and pethidine given during labour, BMJ 1992; 305:341-46.
 (8) Tripp J, Cornelissen M, Loughnan P et al. Suggested protocol for the reporting of prospective studies of VKDB, in Sutor, Hataway (eds) Vitamin K in infancy, Schattauer Verlag Stuttgart 1994 pp 395-401.
 (9) Hansen K, Minousis M, Ebbesen F. Weekly oral vitamin K prophylaxis in Denmark, Acta Paediatr 2003; 92:802-05.

Lucia e Marco non crescono

segue da pag. 34

Altra capacità che oggi i pediatri dovrebbero meglio possedere è il saper interpretare il significato dei test ormonali e di poter interagire con gli specialisti con un rapporto non di delega ma di confronto.

La conclusione

La nostra conclusione è che Lucia e Mario potevano non essere trattati, soprattutto il secondo che rappresenta forse la più comune condizione di bassa statura. Naturalmente è difficile essere categorici di fronte a un farmaco come il GH. Questo, essendo un fattore di crescita, induce spesso un certo guadagno.



Non possiamo comunque non condividere con i genitori i costi economici e i potenziali rischi biologici. Se è vero che il GH è un farmaco assai ben tollerato, non possiamo sapere molto su conseguenze a distanza legate agli effetti sul metabolismo glicidico e sulla riproduzione cellulare.

I due casi possono costituire uno spunto per la discussione sul ruolo del pediatra di famiglia in quella terra di confine tra fisiologia (bassa statura familiare e costituzionale) e patologia (difetto dell'azione biologica dell'ormone della crescita) talora difficile da percorrere.

Il discrimine tra fisiologia e patologia dovrebbe essere costituito dalla velocità di crescita. Pertanto è auspicabile che questa misura venga impiegata e inter-

pretata correttamente dal pediatra di famiglia. Quando la velocità di crescita si pone al di sotto degli standard di normalità, deve intervenire lo specialista, ma la gestione del paziente va comunque sempre condivisa con il medico generalista. In questi casi, dove il confine tra patologico e fisiologico è labile e nei quali intervengono forti condizionamenti Psicologici e sociali, solo il lavoro di équipe con la consapevole partecipazione della famiglia consente una gestione corretta della situazione che può richiedere anni di osservazione e trattamenti.

Lucia e Marco alla luce della nuova nota 39 AIFA (si veda a pag. 20)

Lucia. I parametri clinico-auxologici rientrano nella nota nel punto [A] di pag. 21): statura < 2 DS e velocità di crescita < 1 DS. I test farmacologici dimostrano una normale secrezione di GH dopo stimolo e spontanea. La nota AIFA non prevede il test di generazione somatomedinica e pertanto il caso di Lucia andrebbe sottoposto al giudizio della Commissione Regionale per decidere l'eventuale trattamento (vedi punto 1.1.1 della proposta ACP).

Marco. I parametri clinico-auxologici sono: assenza di bassa statura con velocità di crescita < 2 DS per 2 anni consecutivi. I test farmacologici dimostrano una normale secrezione di GH dopo stimolo e spontanea (punto [B] di pag. 21). La nota AIFA non prevede il test di generazione somatomedinica e pertanto il caso di Marco andrebbe sottoposto al giudizio della Commissione Regionale per decidere l'eventuale trattamento. ◆

Bibliografia

(1) Guidelines for the use of growth hormone in children with short stature. A report by the Drug and Therapeutics Committee of the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society. J Pediatr 1995; 127: 857-67.
 (2) Hoffman DM et al. Diagnosis of growth hormone deficiency in adults. Lancet 1994; 344:482-3.
 (3) Lissett CA et al. How many tests are required to diagnose growth hormone (GH) deficiency in adults. Clin Endocrinol 1999; 51:551-57.