

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



139 Editoriale: Democrazia, partecipazione e salute **140** Lo sport in età pediatrica: fra benessere e ossessione **143** La *Reverse anorexia*: una sindrome maschile di DCA **145** Uso di farmaci nel primo anno di vita in Friuli-Venezia Giulia **152** Le ricerche in corso in ACP **158** Programma del Congresso Nazionale dell'ACP **160** Impatto della guerra sulla salute umana e ruolo delle professioni sanitarie **164** Le vaccinazioni: una complessità in aumento **165** Film **166** La grande avventura del leggere. Proposte per i piccolissimi **170** Libri **172** Info **174** Lettere **175** La profilassi della patologia da virus respiratorio sinciziale **178** Farmaci contro la tosse? Non sono efficaci **182** Colloquio fra pediatra e specialista sulla ipercolesterolemia familiare

luglio-agosto 2005 vol 12 n°4

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

Editoriale

- 139 Democrazia, partecipazione e salute
Giancarlo Biasini

Saggi

- 140 Lo sport in età pediatrica:
fra benessere e ossessione
*Lucetta Capra, Cristina Host,
Cristina Malaventura*

Attualità

- 143 *La Reverse anorexia:*
una sindrome maschile di DCA
Luigi Gualtieri, Sara Agostini

Ricerca

- 145 Uso di farmaci nel primo anno di vita.
Studio su una coorte di bambini
in Friuli-Venezia Giulia
*Paola Materassi, Luca Ronfani,
Adriano Cattaneo*
- 152 Le ricerche in corso in ACP
Giacomo Toffol

ACP News

- 158 Programma del Congresso Nazionale
dell'ACP a Napoli

Osservatorio internazionale

- 160 Impatto della guerra sulla salute umana
e ruolo delle professioni sanitarie
Angelo Stefanini

Vaccinacipi

- 164 Le vaccinazioni:
una complessità in aumento
Luisella Grandori

Film

- 165 Naufragi e salvataggi in *Quando sei nato
non puoi più nasconderti*
di Marco Tullio Giordana
Italo Spada

Nati per Leggere

- 166 La grande avventura del leggere.
Proposte per i piccolissimi
Maria Letizia Meacci

Libri

- 170 *Pathologies of Power;*
*Health, Human Rights, and the
New War on the Poor* di *Paul Farmer*
- 170 *Banchogi Solo* metà di *Byung Ho Han*
- 171 *Giocoliere, mangiafuoco e saltimbanco*
di *Luca Aimetti*
- 171 *Tre metri sopra il cielo*
di *Federico Moccia*

Info

- 172 Il regolamento europeo per i farmaci
“pediatrici” non risponde ai bisogni
dei bambini
- 173 Sperimentazioni di farmaci per bambini
e semestre europeo inglese
- 173 *La città invisibile* di Milano
- 173 *Latte artificiale e obesità*
- 173 *Latti uguali*

Lettere

- 174 Meglio dormire soli
che “bene” accompagnati?
Francesco Ciotti
- 175 *La profilassi della patologia*
da virus respiratorio sinciziale.
Una esperienza
Stefano Chiappe
- 176 *La salute dei bambini*
della Nazione Europea più povera:
il “Sud d'Italia”
Franco Giovanetti
- 176 *Così ho imparato a fare Nati per Leggere*
Ornella Righi

177 Ausili Didattici

Leggere e fare

- 178 *Farmaci contro la tosse?*
Non sono efficaci
Oriana Testagrossa, Emanuela Siclari

Narrative medicine

- 182 *Colloquio fra pediatra e specialista*
sulla ipercolesterolemia familiare
Patrizia Elli, Federica Zanetto

Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2005 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
july-august 2005; 12(4)

139 Editorial

Effect of democracy on health
Giancarlo Biasini

140 Essays

Sport in paediatrics:
between well being and obsession
*Lucetta Capra, Cristina Host,
Cristina Malaventura*

143 Current issues

Reverse Anorexia: new eating disorder in males
Luigi Gualtieri, Sara Agostini

145 Research

145 Drugs' usage in the first year of life:
study of a cohort of children
in Friuli-Venezia Giulia Region
*Paola Materassi, Luca Ronfani,
Adriano Cattaneo*

152 Pediatric Cultural Association:
current researches
Giacomo Toffol

160 A window on the world

War's impact on human health
and health professional role
Angelo Stefanini

164 Vaccinacipi

Vaccination: an increasing complexity
Luisella Grandori

165 Movies

166 Born to read

The great adventure of reading.
Suggestion for very little children
Maria Letizia Meacci

170 Books

172 Info

174 Letters

177 Didactic support

178 From literature to practice

Can a prolonged course of indomethacin
increase treatment's efficacy
of patent ductus arteriosus?
Simona Faraci, Grazia Scibilia

182 Narrative medicine

A confrontation between professionals
on familial hypercholesterolemia
Oriana Testagrossa, Emanuela Siclari

Quaderni acp

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

Direttore

Giancarlo Biasini

Direttore responsabile

Franco Dessì

Comitato editoriale

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

Collaboratori

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

Organizzazione

Giovanna Benzi

Marketing

e comunicazione

Daria Zacchetti
Milano, Tel. 0270121209

Progetto grafico

Ignazio Bellomo

Programmazione Web

Gianni Piras

Internet

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

Indirizzi

Amministrazione

Associazione Culturale Pediatri
via Montiferru 6, 09070 Narbolia (OR)
Tel. 078357401; Fax 0783599149
e-mail: francedessi@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. 3939903877, Fax 0793027471
e-mail: ufficiociacp@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
"Lezione di piano", Henri Matisse 1869-1954,
olio su tela. Museum of Modern Art, New York.

QUADERNI ACP. NORME REDAZIONALI. Sulla rivista possono essere pubblicati articoli riguardanti argomenti che siano di ausilio alla professione del pediatra: ricerche svolte nell'area delle cure primarie, casi clinici educativi, scenari clinici affrontati con metodologia EBM o secondo le modalità della medicina narrativa, revisioni su problemi di importanza generale e di ricerca avanzata, schede informative per i genitori. Sono inoltre graditi articoli riguardanti aspetti di politica sanitaria, considerazioni sull'attività e sull'impegno professionale del pediatra, riflessioni su esperienze professionali. I testi devono pervenire alla redazione via e-mail o via posta su floppy disk (v. in colophon), composti in Times New Roman corpo 12 e con pagine numerate. Le tabelle e le figure vanno inviate in fogli a parte; vanno numerate e titolate e richiamate nel testo. Scenari, casi clinici, esperienze e revisioni non possono superare le 12.000 battute, riassunti compresi. Per gli altri contributi non possono essere superate le 17.000 battute, salvo accordi con la redazione. Le lettere non devono superare le 2.500 battute; qualora siano di dimensioni superiori, possono essere ridotte dalla redazione (chi non fosse disponibile alla riduzione deve specificarlo nel testo). Il titolo deve essere coerente rispetto al contenuto del testo, informativo, sintetico. La redazione si riserva il diritto di modificare titolo e sottotitolo dell'articolo. Va indicato Istituto/Sede/Ente/Centro in cui lavorano gli Autori. Va segnalato l'indirizzo e-mail dell'Autore indicato per la corrispondenza. Gli articoli devono essere corredati da un riassunto in italiano e in inglese dell'ordine di 500-800 battute. Il riassunto deve essere possibilmente strutturato. Nel caso delle ricerche va necessariamente redatto in forma strutturata distribuendo il contenuto in introduzione, materiali e metodi, risultati e discussione. La versione in inglese del riassunto può essere modificata a giudizio della redazione. Alla fine del riassunto vanno inserite 3-5 parole chiave in italiano e in inglese. La traduzione in inglese di titolo, riassunto e parole chiave può essere fatta dalla redazione. La bibliografia deve essere redatta in ordine di citazione, tutta in caratteri tondi e conforme alle norme pubblicate nell'Index Medicus. Il numero d'ordine della citazione va inserito tra parentesi nel testo. Nel caso di un numero di Autori superiore a tre, dopo il terzo va inserita la dicitura et al.

Esempio per le riviste: Corchia C, Scarpelli G. La mortalità infantile nel 1997. Quaderni acp 2000;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.

Le citazioni vanno contenute il più possibile (entro 10 voci) per non appesantire il testo. Della letteratura grigia (di cui va fatto un uso limitato) vanno citati gli Autori, il titolo, chi ha editato l'articolo, la sede e l'anno di edizione. I lavori pervenuti vengono sottoposti tutti alla valutazione della redazione e/o ad almeno due revisori. Il giudizio sarà trasmesso agli Autori in tempo ragionevole. È obbligatorio dichiarare l'esistenza o meno di un conflitto d'interesse. La sua eventuale esistenza non comporta necessariamente il rifiuto alla pubblicazione dell'articolo. La dichiarazione consente alla redazione (e, in caso di pubblicazione, al lettore) di esserne a conoscenza e di giudicare quindi con cognizione di causa quanto contenuto nell'articolo. Nulla è dovuto alla rivista per la pubblicazione. Non si forniscono estratti.

Democrazia, partecipazione e salute

Giancarlo Biasini
Direttore di Quaderni acp

Parole chiave Democrazia. Partecipazione. Salute

Uno dei problemi che vengono posti periodicamente all'attenzione dei cittadini riguarda la partecipazione delle popolazioni alle scelte di politica sanitaria.

Ci si può chiedere se porsi un problema di questo genere non sia un poco retrò e francamente inutile.

Può sembrare un inutile richiamo ai tempi in cui la vecchia legge istitutiva del Servizio Sanitario, la 833/1979, si riferiva al distretto come entità elementare in cui valutare le richieste della popolazione, giungere ai bisogni, strutturare e valutare i servizi. A chi scrive, comunque, affrontare il problema non sembra del tutto superfluo.

Ai tempi dei vecchi comitati di gestione controllati dai partiti della prima Repubblica non ci si pose il problema della partecipazione dei cittadini; si ritenne, con supponenza, che la presenza dei partiti fosse sufficiente a dare alla sanità un aspetto compatibile con una presunta partecipazione. E naturalmente, come poi dimostrò la storia di quella gestione, non era così. Si giunse così al capitolo dell' aziendalizzazione e di tutto ci si occupò meno che di questo aspetto del problema. Le "aziende" non abbisognano di democrazia per le loro scelte. L'enfasi a quel tempo era sull'efficienza delle direzioni strategiche, ma va subito detto che la partecipazione dei cittadini non è funzione da richiedere alle direzioni strategiche delle ASL. Queste hanno, semmai, il compito di favorire e gestire la partecipazione degli operatori.

Anche se i documenti che definiscono le strutture del SSN sono, su questo tema, abbastanza equivoci, è certo che la partecipazione democratica è un compito che spetta alle conferenze territoriali, al sindaco o ai sindaci dei Comuni il cui ambito costituisce il territorio della ASL.

A chi spetti sembra chiaro, ma la realtà è che oggi i processi decisionali veri e propri stanno al loro livello più elevato nella conferenza Stato-Regioni. Qui vengono assunte le vere decisioni. Qui si giocano le partite ai livelli politici e compromissori più alti. Qui il gioco è condotto, con le migliori intenzioni, esclusivamente dagli

attori politici. Si può dire, un po' grossolanamente, che tipologie, anche semplici, di concertazione con le parti sociali sono rimandate ai puri momenti del voto.

Ci sono stati sporadici tentativi di coinvolgere i cittadini nel momento della lettura dei bisogni, ad esempio nei Piani di zona o nei Piani per la salute ai quali chi scrive ha molto creduto e per i quali si è impegnato. E questi tentativi dimostrano che, in certi ambiti, vi è la percezione dell'importanza del problema. Ma si deve prendere atto che queste iniziative sono diventate strumenti modesti di partecipazione. Hanno ampliato la base partecipativa di poche decine di unità, con il contributo di poche associazioni di volontariato cui il SSN riconosce, già da alcuni anni, la possibilità di avere voce nella programmazione dei servizi. In sostanza, i cittadini e le comunità sono ancora considerati come semplici ricevitori dei servizi pubblici e non come protagonisti attivi nella programmazione che dovrebbe discendere da una lettura/valutazione dei bisogni. Semmai si riconosce loro la possibilità di protestare.

Ci si può chiedere: sarebbe utile questa partecipazione? Forse sì. Recentemente uno studio pubblicato sul BMJ, pur fra mille difficoltà, dimostra che esiste un rapporto fra la democrazia e la salute riguardo a tre parametri: mortalità materna, mortalità infantile, attesa di vita (1).

Il rapporto è più stretto fra partecipazione democratica e salute che fra prodotto interno lordo (cioè ricchezza) e salute. Secondo gli Autori, questo rapporto non è legato semplicemente alle libertà civili, ma agli spazi che in democrazia sono riservati al capitale sociale, alla possibilità che le reti sociali hanno di interferire con le decisioni nel campo della salute e quindi di accettarle, a un più adeguato riconoscimento dei bisogni sanitari da parte dei governi locali (2). Qualcuno penserà che queste siano elucubrazioni parafilosofiche, ma può confortare il fatto che, se la "novità" culturale della *Evidence Based Medicine* ha come regola "la integrazione delle migliori evidenze con la esperienza clinica del medico e con i valori del malato", la programmazione sanitaria non può non essere definita come "il processo di

integrazione fra la evidenza scientifica e le preferenze della comunità per accrescere la salute della popolazione" (3).

In questa sostanziale assenza di partecipazione dei cittadini, il Servizio Sanitario italiano è così illuminato da rispecchiare comunque i bisogni del cittadino? La lettura dei bisogni è corretta?

Occorrerebbe chiedersi se in un Paese in cui i problemi più rilevanti sono costituiti dalla cronicità (si pensi agli anziani, ai malati cronici di tutte le età, ai problemi di salute mentale, ai problemi degli adolescenti e si veda a tale proposito il Rapporto 2005 sulla salute del bambino in Italia a pag. 181) la risposta giusta sia quella di rincorrere i problemi delle acuzie, e della gara ipertecnologica delle aziende sanitarie tese a conquistare notorietà nella stampa provinciale.

In pratica la risposta è quella di cercare soluzioni per i pronti soccorsi, di incrementare vaccinazioni di poco peso sulla salute globale dell'infanzia e dell'adolescenza e di fare girare a vuoto la conquistata ipertecnologia: il 70% delle persone che giungono alla fase terminale ha subito un accanimento terapeutico di documentata inefficacia e del costo di 1 miliardo di euro l'anno (4,5,6).

Che soluzione dare al problema della partecipazione? O si pensa che non sia un problema? Ma come si può allora chiedere ai cittadini di essere capaci di scelte coerenti sulla salute se la coerenza manca dove dovrebbe essere massima? ♦

Bibliografia

- (1) Franco A, Alvarez-Dardet C, Ruiz MT. Effect of democracy on health: ecological study BMJ 2004; 329:1421.
- (2) Baum FE. Just imagine politicians working for health equity. J Epidemiol Community Health 2001;55:290.
- (3) Kohatsu ND, Robinson JG, Torner JC. Evidence based Public health. An evolving concept. Am J Prev Med 2004;27:417.
- (4) When a colleague and I reviewed the records of children on waiting list for MR of the brain we found that half had not had their head circumference measured (Essex C. Ulysses syndrome. BMJ 2005;330:1268).
- (5) The upper and lower 2.5% of the normal distribution of results are usually deemed to be abnormal; so 5% of the population are labelled "abnormal" even though they are probably healthy. Ibidem.
- (6) Dati Antea 2005. Sole24ore Sanità 7-13 giugno 2005.

Per corrispondenza:
Giancarlo Biasini
e-mail: gcbias@tin.it

editoriale

Lo sport in età pediatrica: fra benessere e ossessione

Lucretia Capra*, Cristina Host**, Cristina Malaventura**

*Divisione di Pediatria e Adolescentologia, Azienda Ospedaliera Universitaria, Arcispedale S. Anna, Ferrara

**Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Ferrara

Abstract

Sport in paediatrics: between well being and obsession

A regular physical activity keeps children in healthy conditions. There has been, in the last decade, a change in children's physical activities from spontaneous activities to structured and highly organized ones. Since most of these sports are part of non school programmes many children are automatically excluded. Sometimes, especially in children and adolescents, a structured physical training can imply a risk behaviour, as in sports where the athlete is induced to follow weight losing programmes. The paediatrician's role is very important in the management of problems due to physical activities and sports.

Quaderni acp 2005; 12(4): 140-142

Key words Physical activity. Paediatric population. Well being. Pathological behaviours

L'attività fisica ha un ruolo fondamentale nel raggiungimento e mantenimento del benessere psicofisico. Negli ultimi decenni il suo ruolo è molto cambiato e l'attività motoria spontanea è stata sostituita da quella strutturata e organizzata dall'adulto. Gran parte di questa attività non è alla portata di tutti perché viene svolta al di fuori della scuola. In alcuni gruppi di bambini e adolescenti l'attività sportiva assume le caratteristiche di un "comportamento a rischio": alcune discipline sportive impongono rigidi limiti di peso che possono indurre alterazioni nei comportamenti alimentari degli atleti. Il pediatra ha un ruolo importante nella gestione delle problematiche legate all'attività sportiva del bambino.

Parole chiave Attività sportiva. Popolazione pediatrica. Benessere. Comportamenti patologici

Nel 2004 abbiamo letto molto sullo sport, forse perché era l'anno delle Olimpiadi (con un'aura di sacralità per il ritorno dei giochi nella Grecia del mito) o forse perché il Parlamento europeo lo aveva decretato "anno della educazione attraverso lo sport" o forse perché i suoi aspetti più deteriori, come la diffusione del doping anche tra gli adolescenti, i fenomeni di violenza e il "malgoverno" delle società di calcio, hanno occupato le pagine dei giornali e animato i dibattiti degli esperti di scienze, di costume, di comunicazione. I pediatri sono stati coinvolti nel dibattito sull'attività fisica perché nelle età di loro competenza hanno particolare rilievo i problemi correlati all'attività motoria che spaziano dalla prevenzione alla terapia, agli aspetti educativi, alla patologia causata da attività sportive. È lecito chiedersi se valga ancora la pena di scrivere di sport e pediatria; forse la risposta è sì, per esempio partendo da una lettura di Zygmunt

Bauman, uno dei maggiori sociologi viventi, che afferma che "a parte il denaro, un corpo in forma costituisce la principale risorsa necessaria per attenersi alle norme che regolano la società dei consumatori" (1).

Un corpo in forma: stare bene è un diritto di tutti, ma...

Per gran parte degli abitanti del mondo, e fino a poco più di 50 anni fa anche per i pochi privilegiati del cosiddetto mondo occidentale, avere un corpo in forma dipende dall'aver da mangiare e da bere tutti i giorni. Nell'odierno mondo occidentale, nel quale si è assistito a un incremento vertiginoso dell'obesità nei bambini, dell'obesità e delle malattie cardiovascolari negli adulti, lo star bene e avere un corpo in forma dipendono in larga parte dall'attività motoria, che viene svolta secondo modalità diverse da quelle del passato. Infatti fino a pochi decenni fa l'attività motoria, l'impegno fisico

erano soprattutto spontanei, all'aperto, con momenti di aggregazione spontanea tra bambini e ragazzi. Questo tipo di movimento, in pratica, non esiste più, specialmente nei contesti urbani, ed è inutile illudersi che possa essere riproposto perché, comunque, i nostri bambini non potranno giocare in strada, non potranno fare a meno di passare diverse ore al computer e non potranno fare a meno di usare l'automobile se devono adeguarsi ai ritmi quotidiani dei loro genitori (2).

Il movimento e l'attività fisica spontanei per questi bambini sono stati sostituiti con l'attività sportiva (anche la denominazione cambia) che è quasi sempre molto strutturata, competitiva e organizzata dagli adulti. In questa situazione lo "stare bene" con un corpo in forma, agile e con muscoli allenati, acquista una sfumatura un po' diversa: non è parte ma "deve far parte" della vita quotidiana. Fino ai primi decenni del secolo scorso la competizione sportiva era appannaggio dei soli maschi, come affermazione di potenza o come riscatto sociale (si pensi ai grandi campioni americani nati tra gli immigrati o gli afroamericani o, in casa nostra, agli immigrati del sud che diventavano campioni del ring nelle palestre dell'Italia settentrionale). Le donne cominciano a partecipare a manifestazioni sportive, in pratica dopo la prima guerra mondiale, e i bambini si affacciano sulla scena dello sport ancora più recentemente, negli ultimi decenni del secolo scorso. Questi medesimi sono divenuti gli attori principali perché è proprio nell'età infantile e adolescenziale che si riscontrano le più alte percentuali di adesioni alle attività sportive organizzate. Il benessere psicofisico di un corpo in forma sembrerebbe così salvaguardato anche in carenza di attività motoria spontanea. In realtà il trend in aumento delle adesioni allo sport da parte di bambini e adolescenti è parallelo al trend in aumento del sovrappeso e dell'obesità. Il corpo in forma,

Per corrispondenza:
Lucretia Capra
e-mail: cpl@dns.unife.it

garantito anche dal suo stare in movimento, non è un diritto di tutti. Favorire il regolare esercizio fisico nei ragazzi costituisce un intervento preventivo efficace nei riguardi di obesità, malattie cardiovascolari e dell'apparato respiratorio, ed è ovvio che questo deve interessare il pediatra e molto probabilmente lo interessa davvero. Il punto debole di questa prevenzione apparentemente economica e di facile applicazione sta nell'offerta dell'attività motoria; per essere a disposizione di tutti essa dovrebbe essere sostenuta dalla scuola, mentre a tutt'oggi la gran parte degli sport è praticata al di fuori della scuola e finisce con l'essere di tipo eritario, perché praticare uno sport comporta un costo sia diretto che indiretto: persone che accompagnano, necessità di mezzi di trasporto e di tempo per raggiungere gli impianti. Negli Stati Uniti (che pure hanno una grande tradizione sportiva all'interno dei collegi) l'80% dei ragazzi che fanno sport, lo fa in strutture extrascolastiche; in una città piccola e con bassa natalità come Ferrara il 70,7% dei ragazzi tra 5 e 15 anni che pratica attività sportiva lo fa al di fuori della scuola (3). L'Assessorato allo sport ci dice che i ragazzi che non praticano sport sono quelli che hanno un difficile accesso alle strutture: abitanti nel forese, genitori che lavorano, basso reddito (4).

Un corpo in forma: quando diventa ossessione

L'aumento del numero di ragazze atleticamente attive negli ultimi decenni e il contemporaneo aumento nella popolazione femminile dei disturbi del comportamento alimentare (DCA) ha indotto a ritenere che i due fenomeni siano correlati (5). L'esercizio fisico molto intenso e la competizione possono aumentare il rischio di sviluppare o manifestare un DCA, ma è anche vero che soggetti predisposti al DCA sono spesso attratti da uno specifico tipo di sport. Negli anni '90 si è suggerito di distinguere, nell'ambito dei DCA, una precisa categoria nosologica, definita "sindrome da eccessivo esercizio fisico", che poteva essere concomitante o meno a un DCA e che è caratterizzata da attività fisica "compulsiva", frenetica, ossessiva e ritualizzata, che viene spesso svolta in

TABELLA 1: ELEMENTI DI RISCHIO PER LA COMPARSA DI DCA NEGLI ADOLESCENTI SPORTIVI

- Inizio precoce della specializzazione sportiva
- Tensione legata al grado di allenamento
- Ricerca del perfezionismo
- Frequenti selezioni degli atleti in base ai risultati conseguiti
- Richiesta più o meno esplicita di perdita di peso per raggiungere obiettivi eccellenti
- Non disponibilità di un team medico e di consulenza nutrizionale che guidi la perdita di peso richiesta

TABELLA 2: RACCOMANDAZIONI DEL COMITATO DI MEDICINA DELLO SPORT E FITNESS DELL'AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2000

1. Sport e attività sportiva devono essere promossi per i benefici sulla loro salute e il loro piacevole coinvolgimento
2. Pratiche alimentari, intensità/durata/frequenza dell'esercizio fisico e storia mestruale devono essere valutate durante le visite che autorizzano la partecipazione allo sport e tutte le altre visite mediche eseguite
3. Nell'adolescente con amenorrea devono essere presi in considerazione, diagnostici e trattati, i disturbi del comportamento alimentare
4. Genitori e allenatori devono essere informati su irregolarità mestruali, osteoporosi, apporto calorico adeguato ed equilibrato per una normale crescita e progressione dello sviluppo puberale
5. Informare atlete e genitori riguardo al peso e alla quantità di grasso corporeo ideale per una certa attività sportiva. Stabilire un range di valori, dare un valore preciso di peso può essere pericoloso: è preferibile dare il messaggio che il peso non è una buona misura di forma fisica e che con la riduzione del peso si perde grasso ma soprattutto muscolo
6. Un'adolescente sportiva con irregolarità mestruali deve essere incoraggiata ad avere un apporto alimentare con una quantità di calorie superiore e a ridurre l'attività sportiva, se eccessiva. Se il peso è basso, le si può chiedere di riacquistare peso prima di poter ricominciare l'attività sportiva
7. L'estroprogestinico può essere valutato per la terapia dell'amenorrea in tarda adolescenza
8. La densitometria ossea può migliorare la valutazione dell'osteoporosi eventuale nell'atleta amenorroica

solitudine e preferita a situazioni di vita comunitarie (6).

Si veda l'articolo a pag. 143 su la *reverse anorexia*.

Un'attività fisica con queste caratteristiche è molto rara tra gli atleti di alto livello anche perché è difficile ottenere un alto grado di prestazione sportiva solo in base al desiderio di perdere peso, mentre si diffonde tra le adolescenti e le giovani (ma anche meno giovani) donne che frequentano la palestra e trovano appagante e socialmente adeguato un corpo perfetto

senza in realtà trarre alcun piacere fisico dalla pratica sportiva. Le ragazze anoressiche sono spinte più dalla ricerca della "bellezza" che non da quella della "efficienza" fisica; tuttavia le atlete impegnate in discipline sportive in cui la componente estetica svolge un ruolo fondamentale (ginnastica artistica e ritmica, nuoto sincronizzato) presentano spesso caratteristiche antropometriche e comportamenti alimentari molto simili a quelle che si riscontrano nella popolazione affetta da DCA. Esistono inoltre discipline sportive con precisi e codificati limiti di

peso (judo, pugilato, per esempio), in cui gli atleti (maschi e femmine in questo caso), soprattutto in vista di una gara, ricorrono o sono indotti a ricorrere a comportamenti alimentari abnormi e a pratiche anche farmacologiche (sauna, vomito, assunzione di lassativi e diuretici) in grado di provocare una perdita di peso, sostanzialmente per perdita di acqua, rapida e transitoria, che può avere, se queste pratiche vengono ripetute, un impatto estremamente negativo sullo stato fisico e anche sulla prestazione sportiva stessa. Dalla revisione della letteratura e anche dalla quotidiana esperienza dei pediatri si possono individuare alcuni scenari "a rischio" di determinati DCA nella popolazione che fa sport (*tabella 1*) e che richiedono molta attenzione e collaborazione tra pediatri, genitori e allenatori.

Da diversi anni, ormai, si sottolinea l'importanza della figura dell'allenatore/maestro nel determinare comportamenti che possono risultare rischiosi sul piano della salute, anche se dettati da cosiddette necessità tecniche (7,8). Questo vale anche per un'altra categoria a rischio, che è quella delle ragazze (ma anche di qualche maschio) che si dedicano alla danza, che sport in senso stretto non è, ma che presenta esigenze fisiche e tecniche simili a quelle delle discipline sportive estetiche. In tutte queste categorie la figura didattica di riferimento è così importante che in una revisione dei motivi che possono favorire la comparsa di un DCA nella pratica sportiva, il "cambio dell'allenatore" viene ritenuto "scatenante" dal 30% degli atleti (9). Quando la forma fisica diventa ossessione, è molto breve il tragitto verso la vera e propria patologia, soprattutto per quanto riguarda le anomalie mestruali e l'osteoporosi precoce nelle giovani atlete. Le segnalazioni in questo campo sono state così numerose negli ultimi anni che l'American Academy of Pediatrics ha stilato una sorta di decalogo per il pediatra (*tabella 2*) che è una figura centrale nell'individuare precocemente i comportamenti a rischio e nel coordinare interventi di prevenzione, coinvolgendo prima di tutto gli allenatori, i quali possono svolgere un ruolo importante di osservatori delle abitudini e delle pratiche delle loro atlete e

di "tutori" della compliance a eventuali terapie prescritte. Ciò è certamente più facile da ottenere se l'atleta avrà la consapevolezza che il medico, l'allenatore e i genitori assumono nei suoi confronti atteggiamenti condivisi (5).

Un corpo in forma: un'opportunità per il pediatra

Chiudiamo ripensando allo slogan proposto dal Consiglio d'Europa per l'educazione attraverso lo sport: "Muovi il corpo, attiva la mente". Mentre i nuovi programmi ministeriali prevedono una riduzione del tempo dedicato all'attività fisica all'interno della scuola, i quotidiani nazionali, nei primi giorni del 2005, hanno riportato i dati di una indagine svolta tra gli studenti delle scuole medie superiori, che indicavano l'educazione fisica come la materia preferita da circa il 70% degli intervistati. Il dato può non essere confortante se più che interesse per l'attività fisica esprime il disinteresse per le altre materie curriculari, ma potrebbe essere "sfruttato" per rivedere l'approccio allo sport all'interno della scuola e costruire un programma di prevenzione dei danni della sedentarietà. Uno studio australiano recentemente pubblicato ha sottolineato che le strategie vincenti per promuovere l'attività fisica tra i bambini e gli adolescenti sono quelle che passano attraverso la scuola, soprattutto se nei programmi sono coinvolte le famiglie (10).

I pediatri occupano una posizione privilegiata per le conoscenze che potrebbero formarsi e utilizzarsi, e per l'opportunità che hanno di un contatto diretto sia col bambino/adolescente sia con gli adulti che stanno intorno a lui. Potrebbero intervenire nelle problematiche legate all'attività sportiva nel bambino, indipendentemente dal fatto che l'attività sia definita "agonistica" o no, perché tra i ragazzi l'agonismo c'è sempre, anche quando giocano.

L'Italia possiede una delle legislazioni più avanzate in materia di tutela sanitaria delle attività sportive. Il cosiddetto certificato di buona salute, richiesto per l'idoneità sportiva non agonistica, viene compilato dal pediatra. Dovrebbe essere inteso come generico solo perché non vi è l'indicazione di uno sport per il quale

viene rilasciato, ma dovrebbe essere vissuto come momento specifico e mirato perché consente una valutazione fisica e permette di affrontare una serie di problematiche educative e relazionali che difficilmente possono venire affrontate tutte insieme da genitori, insegnanti e allenatori, i quali hanno formazione, compiti e aspettative diversi.

È vero che il pediatra non dovrebbe avere bisogno della certificazione sportiva per individuare patologie a rischio, ma quel momento, che è comunque obbligatorio, può essere un'ottima occasione per affrontare temi di prevenzione, porre problemi di diagnosi, modificare interventi terapeutici: questo atteggiamento può trasformare un atto vissuto dalle famiglie e dai ragazzi stessi come una perdita di tempo e dal medico come una visita tra le tante, in una opportunità di crescita culturale, confronto e collaborazione con altre figure professionali nella medicina dello sport, nella scuola, nell'associazionismo sportivo. ♦

Bibliografia

- (1) Bauman Z. Tutti schiavi del fitness. "Vita e Pensiero". Milano: Università Cattolica, 2004, n° 3.
- (2) Patel DR, Greydanus DE, Pratt HD. Youth sports: more than sprains and strains. *Contemporary Pediatrics* 2001;18:45-72.
- (3) Ewing MW, Seefeldt VD, Brown TP. Role of organized sport in the education and health of American children and youth. Institute for the study of the youth sports. Michigan State University Press 1996.
- (4) Comune di Ferrara – Assessorato alle Attività Sportive e Ricreative. Bilancio sociale anno 2003.
- (5) American Academy of Pediatrics. Medical concerns in the female athletes. *Pediatrics* 2000;106: 610-3.
- (6) Davis C, Fox J. Excessive exercise and weight preoccupation in women. *Addict Behav* 1993;18: 201-11.
- (7) Sundgot-Borgen JS. Eating disorders in female athletes. *Sports Med* 1994;17:176-88.
- (8) Dummer GM, Rosen LW, Heusner WW et al. Pathogenetic weight-control behaviours of young competitive swimmers. *Phys Sportsmed* 1987;5: 22-7.
- (9) Giampietro M. Disturbi del comportamento alimentare ed attività fisica. In: *Complicanze mediche dei disturbi del comportamento alimentare*. CIC-Edizioni Internazionali, 2003.
- (10) Timperio A, Salmon J, Ball K et al. Evidence-based strategies to promote physical activity among children, adolescents and young adults: review and update. *J Sci Med Sport* 2004;7 (suppl. 1):20-9.

La Reverse anorexia: una sindrome maschile di DCA

Luigi Gualtieri*, Sara Agostini**

*Psicologo psicoterapeuta, UO di Neuropsichiatria Infantile, ASL di Cesena; **Psicologa tirocinante NPI, ASL di Cesena

Abstract

Reverse Anorexia: new eating disorder in males

In the last few years researchers' attention has been focused on eating disorders in males who undergo physical training. Body builders' obsessive behaviour resembles, with remarkable similarity, anorexia nervosa: the impulse toward the achievement of enormous muscles replaces the impulse for thinness. Such alarming psychological syndrome can induce in individuals, both a steroids' overuse and a cut off from their family and friends. Paediatrician's role is very important in the prevention of atypical behaviours preceding eating disorders in males.

Quaderni acp 2005; 12(4): 143-144

Key words Reverse Anorexia. Sport. Eating disorder. Anorexia nervosa

Negli ultimi anni, i ricercatori hanno cominciato a valutare correttamente il ruolo dell'esercizio fisico nello sviluppo dei disturbi alimentari anche nei maschi. Il comportamento ossessivo dei body builders ha una grande somiglianza con quello tipico dell'anoressia nervosa: l'impulso alla magrezza viene sostituito dall'impulso a ottenere muscoli enormi. Questa allarmante sindrome psicologica può indurre gli individui ad abbandonare famiglia e amici e a minacciare la propria salute a causa dell'abuso di steroidi. Importante è il ruolo del pediatra nella rilevazione di comportamenti che possono precedere l'insorgenza dei disturbi del comportamento alimentare anche nei maschi.

Parole chiave Reverse anorexia. Sport. Disturbi del comportamento alimentare. Anoressia nervosa

Recentemente, nell'ambito dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA), è stata individuata una nuova sindrome che sta attirando l'attenzione di studiosi e ricercatori. Tale sindrome è stata chiamata "Reverse Anorexia" (RA) e interessa prevalentemente persone di genere maschile e più in generale le persone che sono particolarmente affascinate dal conseguimento del "fisico perfetto". La RA ha dato l'opportunità ai ricercatori di valutare il giusto ruolo che occupa lo sport nella soddisfazione/insoddisfazione per la propria immagine corporea.

Si veda l'articolo a pag. 140 sullo *sport in età pediatrica*.

Le persone inquadrabili in questa sindrome, in genere, praticano assiduamente e compulsivamente il *body building*, che è uno sport individuale in forte ascesa a partire dagli anni '90 e che ha lo scopo di aumentare la massa muscolare.

La RA si manifesta con i sintomi indicati nella *tabella 1*.

Questo tipo di dismorfia muscolare viene concettualmente inserito nel disturbo di dismorfismo corporeo, ma molti Autori hanno notato come in realtà il comportamento di queste persone assomigli in maniera straordinaria a quello tipico dei pazienti con anoressia nervosa (AN) e hanno suggerito l'ipotesi che l'impulso verso la magrezza con "assenza" di tessuto adiposo, tipico della AN, venga sostituito dall'impulso verso muscoli enormi e sempre da "assenza" di tessuto adiposo (1).

Da qui il nome di "anoressia inversa" nel senso di una analogia "speculare" con le

TABELLA 1: I SINTOMI DELLA REVERSE ANOREXIA

- Aspetto esterno: magrezza anche in soggetti molto muscolosi
- Impulso all'aumento della massa muscolare
- Frequenza di esercizio fisico compulsivo
- Eccessive restrizioni dietetiche
- Frequente uso di steroidi anabolizzanti

caratteristiche proprie dell'AN. Richiamano tale immagine i cartoni animati che rappresentano eroi ipermuscolosi che combattono con avversari della loro stessa taglia. Chi si sta occupando di questo fenomeno ha fatto notare che i cosiddetti *action toys* (giocattoli d'azione), che raffigurano soggetti maschili (per lo più in azioni di combattimento) e che rappresentano "ideali medi", stanno cambiando le loro misure: il petto da 44 è passato a 55 pollici, la vita da 32 a 36 pollici, i bicipiti da 12 a 27 pollici. In passato erano descritti solo casi sporadici di uomini con disturbi del comportamento alimentare. Sino agli anni '60 la teoria psicoanalitica li aveva esclusi "concettualmente" dall'osservazione. Anche Hilde Bruch, pioniera degli studi sui disturbi del comportamento alimentare dagli anni '40, li considerava atipici. Molteplici fattori hanno contribuito all'inclusione degli uomini negli studi sul comportamento alimentare e alle patologie a essi collegate (2).

Le caratteristiche corporee e di personalità

La limitata ricerca disponibile riguardo alla RA riporta che i culturisti mostrano elevati livelli di insoddisfazione nei confronti della propria immagine corporea. Blouin e Goldfield (1994) hanno svolto un importante esperimento che mette a confronto pesisti, corridori e sportivi che praticano arti marziali in rapporto ad alcune variabili standardizzate come l'insoddisfazione corporea, l'impulso alla magrezza e l'impulso all'aumento della massa muscolare (3). È risultato che i pesisti riportano una maggiore insoddisfazione per il proprio corpo rispetto agli altri sportivi. Tale insoddisfazione li porta ad assumere comportamenti bizzarri, come quello di indossare abiti molto pesanti anche in estate per nascondere la taglia, secondo loro sempre troppo piccola. Queste persone utilizzano la RA come meccanismo di compensazione della percezione di sé ("I feel myself small and puny" "Mi sento piccolo e fragile"). Viene così perseguita tenacemente la forma a "V" della parte superiore del

Per corrispondenza:

Luigi Gualtieri

e-mail: lgualtieri@ausl-cesena.emr.it

attualità

corpo, l'aspetto muscoloso, il peso moderato, la virtuale assenza di grasso corporeo. Klein sottolinea che le persone con RA sono caratterizzate da un forte isolamento; come le persone con AN sono coinvolte in un processo sociale che le porta a evitare gli altri, a causa di un senso di inadeguatezza. Per compensare le loro insicurezze questi soggetti intensificano la loro attività fisica indirizzata a scolpire i muscoli in modo da apparire più "intimidatori", in una sorta di circolo vizioso. Inoltre, sebbene aspirino a esibire un alto grado di sicurezza, la loro autostima tende a essere piuttosto bassa e la loro "corazza" sarebbe utilizzata per proteggersi dal confronto con il mondo esterno (4). Silverman richiama anche l'attenzione sui cambiamenti avvenuti negli ultimi decenni riguardo ai ruoli sessuali e sostiene che si è passati da un modello di cultura patriarcale a uno, quello odierno, egualitario, in cui l'intraprendenza delle donne induce il genere maschile a forti interrogativi circa il significato della loro mascolinità (5). Come se essi, improvvisamente, sentissero il bisogno di marcare in modo inequivocabile i generi sessuali.

Antonini considera il problema da un punto di vista psicodinamico, e formula due ipotesi per l'eziopatogenesi del disturbo (6). Rifacendosi alle formulazioni di Kohut, l'Autore postula un disturbo di personalità sviluppatosi in seguito ad alcune carenze delle figure genitoriali nella relazione con il bambino, soprattutto per ciò che concerne l'appagamento dei suoi bisogni (7). Per esemplificare tali inadempienze basti pensare al fatto che i bambini, a causa dei cambiamenti avvenuti nella società, ormai da almeno due generazioni, passano sempre meno tempo con i genitori, e sempre di più con altre agenzie educative come la scuola, la televisione, le domestiche.

Basandosi sul fatto che il *body building* rappresenta lo sport individualistico per eccellenza, dove è completamente assente la figura di un allenatore o dei compagni di squadra, il ricercatore porta avanti l'ipotesi di una struttura deficitaria del Sé che induce questi individui a manifestare disturbi di personalità (ipersensibilità alle offese, ipocondria, bisogno di attenzione, insomma una forma di narcisismo patologico).

I soggetti affetti da RA, in altre parole, nello sviluppo della loro personalità hanno manifestato disturbi del comportamento che li hanno portati alla ricerca, nella gara e nella competizione, di ciò che non hanno

vissuto nella loro prima infanzia con i genitori, l'accoglimento cioè degli astanti, di bisogni esibizionistici e grandiosi.

Secondo questa ipotesi i problemi manifestati anche dal genere maschile nei confronti del proprio corpo vanno ricercati in una struttura inadeguata della personalità.

Una seconda ipotesi chiama in causa la perdita, nella società odierna, dei rituali di iniziazione sessuale. Tali rituali, soprattutto in adolescenza, hanno sempre avuto una funzione, strutturante per l'identità di genere, e la loro mancanza procurerebbe nei maschi un vuoto d'identità.

Queste persone cercherebbero così altri modi per riparare la ferita procurata dalla virilità perduta. In altre parole gli individui affetti da questo disturbo metterebbero in atto un vero e proprio comportamento ossessivo (il "gonfiarsi", appunto) in sostituzione di alcuni riti antichi per ribadire la propria mascolinità. L'insoddisfazione verso il proprio corpo, il bisogno di ridefinire i ruoli sessuali sono solo alcune peculiarità dei soggetti colpiti dalla sindrome. Spesso la causa è da ricercare negli anni dell'adolescenza, quando i ragazzi che sono derisi per la loro eccessiva magrezza o per il loro sovrappeso si convertono, a causa della loro fragilità, a una frenetica attività sportiva rinunciando, tra l'altro, alla famiglia e agli amici. È dimostrato da molti studi che sin dalle scuole elementari i maschi sentono meno la necessità di diete rispetto alle femmine, ma sono ugualmente insoddisfatti della loro immagine corporea.

A questo proposito, una ricerca del Dipartimento Materno-Infantile della ASL di Cesena su un campione di 432 femmine e 413 maschi delle classi seconde e quarte di istituti medi superiori locali ha evidenziato che il 14% dei maschi e il 16% delle femmine hanno punteggi oltre il 97° percentile nelle scale che indicavano l'impulso alla magrezza, Bulimia, Insoddisfazione per il proprio corpo. Inoltre, sempre in questo campione, rispetto all'IMC, su 854 ragazzi il 15,6% era sottopeso e solo il 6,6% sovrappeso (8). I maschi sottopeso erano altrettanto frequenti quanto le femmine, mentre i maschi obesi erano significativamente più numerosi rispetto alle femmine (8,7% contro il 4,6%) (9).

C'è un ruolo del pediatra?

Può essere utile ribadire l'importanza del ruolo del pediatra e di figure di rilievo

TABELLA 2: COMPORAMENTI PER LA PREVENZIONE DEI DCA

- Favorire un corretto modello di immagine, lontano da quello irrealistico rappresentato in televisione, nei film d'azione e nelle riviste popolari
- Favorire un orientamento mirato a evitare l'insorgenza del disturbo in tema di nutrizione e salute fisica
- Prevenire l'insorgenza dell'obesità, illustrando il rapporto costi/benefici delle diete
- Rinforzare l'indipendenza di giudizio dei ragazzi rispetto alla pressione sociale verso ideali corporei perfetti e irraggiungibili
- Identificare i soggetti a rischio mediante domande sulla valutazione dell'immagine corporea
- Evitare interventi medici che possano precipitare l'insorgenza di un disturbo del comportamento alimentare (diete restrittive, uso di anoressizzanti, diuretici, lassativi)

come insegnanti e genitori nella prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare in generale. Si può dire che ci si dovrebbe sforzare di proporre i comportamenti presentati nella *tabella 2*.

Sicuramente si tratta di un compito non facile e per il quale è necessaria una preparazione che manca nei curricula dei pediatri. E questo pone il problema supplementare della formazione professionale in un ambito di estrema importanza per il futuro dei nostri giovani. ♦

Bibliografia

- (1) Pope HG, Katz DL, Hudson J. Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry* 1988;34:406-9.
- (2) Bruch H. Eating disorders. Obesity. Anorexia Nervosa and the Person Within. Basic Books, New York, 1973 (Traduzione italiana: Feltrinelli, Milano, 1977).
- (3) Blouin A, Goldfield GS. Body image and steroid use in male bodybuilders. *International Journal of Eating Disorders* 1995;18:159-65.
- (4) Klein AM. Pumping iron. *Society* 1985;22:68-75.
- (5) Silverman E. In: King B. *Social Anthropology*. Cambridge 2004;2:105-207.
- (6) Antonini S. Analisi dei fattori storici, socio-culturali e psicodinamici nei disturbi alimentari maschili. Ricerca dell'Università "La Sapienza, Roma. 1999-2000.
- (7) Kohut H. *La guarigione del Sé*. Ed. It. Boringhieri Torino 1980.
- (8) Gualtieri L. I disturbi del Comportamento alimentare. *Quaderni acp* 1999;2:51-4.

Uso di farmaci nel primo anno di vita

Studio su una coorte di bambini in Friuli-Venezia Giulia

Paola Materassi*, Luca Ronfani**, Adriano Cattaneo***

*Pediatria di famiglia, Trieste; **IRCCS Burlo Garofolo, Trieste; ***Centro per la Salute del Bambino, ONLUS, Trieste

Abstract

Drug's usage in the first year of life: study of a cohort of children in Friuli-Venezia Giulia Region

Aims The Authors have analysed drug's usage during the first year of life in Friuli-Venezia Giulia, an Italian Region.

Methods Cohort study with parent phone interview in a cohort of 408 well being and at term birth children from 4 hospitals in Friuli-Venezia Giulia.

Results Altogether 2293 drugs have been used. Every child has in media used, during his first year of life, 5.6 drugs, considering all the administered ones, or 4 considering the following classes: antipyretics, antibiotics and drugs for respiratory infections. The use of inappropriate (steroids, beta2-adrenergic agonists, antibiotics for upper respiratory infections) or ineffective drugs (drugs for infantile colic, mucolytics) has been pointed out. The greater number of health problems referred by parents, together with the greater number of office visits, are independent predictors of a greater drugs' administration (multivariate analysis).

Conclusion In this study a prescription's anticipation during the first year of life, already noticed in the following years and reported by other studies, seems confirmed.

Quaderni acp 2005; 12(4): 145-151

Key words Cohort studies. Drugs administration. First year of life

Obiettivo Studiare l'utilizzo di farmaci nel corso del primo anno di vita in bambini nati a termine e senza problemi di salute in 4 ospedali del Friuli-Venezia Giulia.

Metodo Studio di coorte con interviste telefoniche ai genitori di una coorte di 408 bambini.

Risultati In media ogni bambino ha ricevuto nel primo anno di vita 5,6 farmaci, considerando tutti quelli somministrati, e 4 considerando solo antipiretici, antibiotici e broncopolmonari. Complessivamente sono stati somministrati 2293 farmaci. È stato messo in evidenza l'utilizzo di farmaci di non dimostrata efficacia in età pediatrica: anticolicca, mucolitici, fermenti lattici. Altrettanto si dica per farmaci inappropriati alla condizione in atto: cortisonici o beta2-stimolanti inalatori nella tosse, antibiotici nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Il maggior numero di problemi di salute segnalati dai genitori e il maggior numero di visite mediche realizzate sono risultati essere predittori indipendenti della più alta somministrazione di farmaci (analisi multivariata).

Conclusioni Lo studio sembra confermare l'anticipazione al primo anno di vita della tendenza prescrittiva tipica delle età successive già segnalata in altri studi.

Parole chiave Studio di coorte. Somministrazione di farmaci. Primo anno di vita

Gli studi realizzati in Italia e all'estero sull'uso dei farmaci in età pediatrica mostrano una elevata prescrizione e utilizzo in tutte le fasce di età. Tale rilievo è stato recentemente confermato dal Progetto ARNO che ha analizzato la prescrizione farmaceutica pediatrica del 2000 in 20 Aziende Sanitarie, e da una serie di studi realizzati in alcune regioni (1).

– In Basilicata 35 pediatri di libera scelta hanno partecipato a una rilevazione contemporanea, effettuata una volta alla

settimana presso i propri ambulatori, per un totale di 455 giorni. Sono avvenuti 9917 contatti (genitori o chi per loro), prescritti 8805 farmaci a 6417 bambini: il maggiore tasso di prescrizione era rivolto ai più piccoli (paracetamolo, amoxicillina e beclometasone) (2).

– In Emilia Romagna nel 2000 è stata valutata la prescrizione antibiotica in 5 ASL: nel periodo dello studio sono state eseguite 554.646 prescrizioni per 239.180 bambini (3). L'esposizione all-

l'antibiotico del bambino sotto l'anno di vita era pari al 66,5%. Per fornire un metro di paragone si consideri che in Danimarca tale esposizione è dell'ordine del 29%.

– In Friuli-Venezia Giulia nel 1993 sono stati prescritti antibiotici a 33.201 bambini e nel 1997 a 54.347 bambini. L'esposizione all'uso dell'antibiotico era del 60% (4).

Gli studi citati sono per la maggior parte trasversali e fotografano quindi la situazione in un dato momento. Inoltre si riferiscono soprattutto alla prescrizione farmaceutica tramite ricetta del SSN e danno quindi un quadro parziale del reale consumo di farmaci da parte dei bambini. Da un lato è infatti possibile che il bambino non abbia assunto il farmaco nonostante la sua prescrizione da parte di un medico (bassa compliance), dall'altro si conosce poco la "prescrizione dei genitori" (che include anche l'accesso a farmaci da banco o venduti dai farmacisti senza ricetta, così come i farmaci tenuti a casa) e quella dei farmaci non prescrivibili su ricettario SSN (non mutuabili). Il presente studio vuole evitare questi bias e si riferisce a una coorte di bambini nati in alcuni ospedali del Friuli-Venezia Giulia e seguiti con interviste mensili telefoniche ai genitori fino alla fine del primo anno di vita.

Materiali e metodi

Lo studio di coorte, della durata di un anno, ha arruolato i nati in 4 ospedali del Friuli-Venezia Giulia (Trieste, Tolmezzo, Udine e Pordenone). Era disegnato principalmente per indagare le abitudini alimentari del bambino nel primo anno di vita e in particolare per valutare i costi derivanti dal diverso tipo di alimentazione (allattamento al seno vs non allattamento al seno). Venivano però raccolte informazioni anche sulla salute del bambino, sulle malattie intercorrenti e sui farmaci assunti. In questo modo è stato possibile ottenere un qua-

Per corrispondenza:

Luca Ronfani

e-mail: ronfani@burlo.trieste.it

ricerca

dro della somministrazione effettiva di farmaci nei bambini sotto l'anno di vita e della sua appropriatezza rispetto al problema segnalato.

Sono stati arruolati i neonati sani (età gestazionale > 36 settimane, peso > 2000 grammi, senza problemi neonatali, in assenza di malattia grave), nati nei 4 ospedali da giugno ad agosto 1999, fino al raggiungimento del numero previsto per il campione, in modo proporzionale alla dimensione degli ospedali. Il primo colloquio con la madre veniva realizzato alla dimissione (tipo di parto, sesso, peso, età gestazionale del bambino, tipo di alimentazione durante la degenza, caratteristiche socio-economiche e lavorative della madre, consenso informato). Al momento del colloquio, nei punti nascita è stato chiesto alle madri il consenso per partecipare alla ricerca e per le successive telefonate di follow-up (consenso informato). Nei mesi successivi sono state realizzate interviste telefoniche mensili fino alla fine del primo anno di vita (12° mese compreso). Il database raccoglieva informazioni su: tipo di alimentazione, visite mediche, ricoveri ospedalieri, farmaci e vitamine assunti, problemi di salute. Le domande relative all'utilizzo di farmaci comprendevano i quesiti:

- Da quando ci siamo sentiti l'ultima volta, il suo bambino/a ha ricevuto farmaci?
- Se sì, quali?
- Per quale motivo?

Era possibile indicare fino a 3 farmaci per ogni mese. In caso di prescrizione farmacologica veniva riportata anche la motivazione. Il questionario raccoglieva anche informazioni, sull'eventuale assunzione di vitamine e sali minerali, che non vengono prese in considerazione nella presente analisi. Lo studio è stato sottoposto al Comitato Etico dell'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste.

I dati sono stati inseriti in supporto elettronico, utilizzando il programma EpiInfo ver. 6.03, e analizzati utilizzando il pacchetto statistico SPSS ver. 9.0.

Risultati

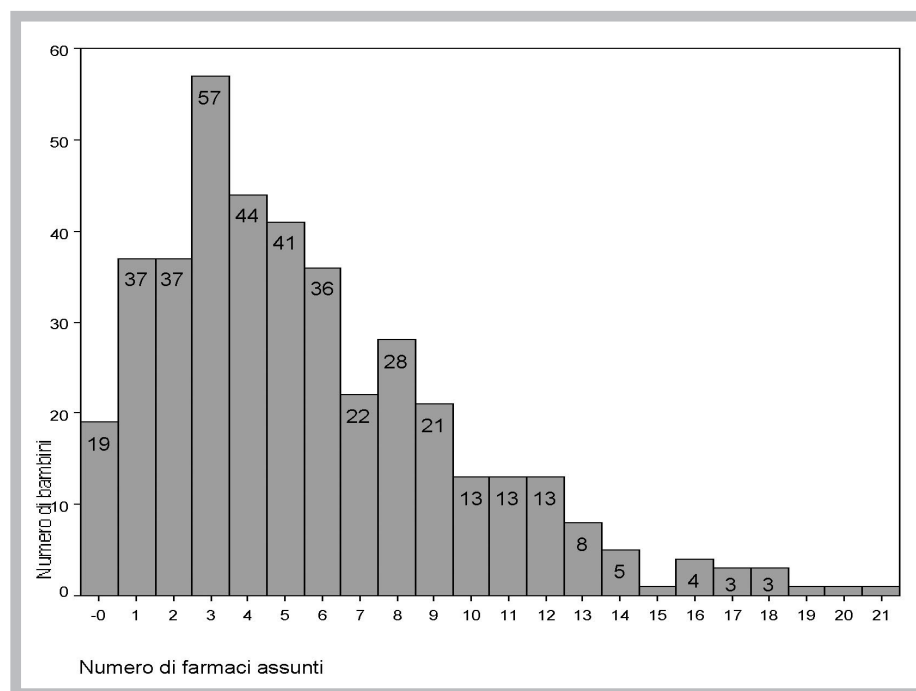
Popolazione: caratteristiche generali

Sono stati arruolati complessivamente 408 bambini (Tolmezzo 53, Pordenone 58, Udi-

TABELLA 1: CARATTERISTICHE GENERALI DELLA POPOLAZIONE ARRUOLATA

Bambini		N=408
Peso medio alla nascita in grammi (DS)		3400 (425)
Età gestazionale media in settimane (DS)		40 (1,3)
Sesso femminile		49%
Madri		
Nazionalità italiana		96%
Scolarità	- scuola dell'obbligo	29%
	- superiore	52%
	- laurea	18%
Occupate		73%
- tempo medio di ripresa del lavoro in mesi (DS)		6,5 (3,3)
Altri figli		46%

FIGURA 1: NUMERO DI FARMACI SOMMINISTRATI AI BAMBINI



ne 137, Trieste 150), equivalenti a poco meno del 10% dei nati/anno nei 4 ospedali. Nella *tabella 1* sono riportate le caratteristiche generali della popolazione arruolata. Il 96% delle madri era, dunque, di nazionalità italiana, con un buon livello di scolarizzazione (nel 70% con diploma di scuola media superiore o laurea), nel 73% dei casi le donne lavoravano e il tempo medio di ripresa del lavoro era intorno ai 6 mesi (ma il 30% circa delle donne doveva riprendere a lavorare entro i primi 3 mesi di vita

del bambino). Il 46% aveva già altri figli. I bambini reclutati presentavano un peso medio alla nascita di 3400 grammi e un'età gestazionale media di 40 settimane. In base ai criteri di inclusione, nessuno dei neonati presentava particolari problemi. Escludendo i bilanci di salute (3 sedute) e le vaccinazioni (3 sedute), i bambini inclusi nella coorte sono stati visitati nel primo anno di vita in media 3 volte (DS 2,7) dal pediatra di famiglia e complessivamente 5 volte (DS 4,7) da un medico.

Il 38% circa è stato visitato almeno una volta in Pronto Soccorso (PS). Il maggior numero di visite in PS per bambino è stato registrato a Trieste e Udine (dove esiste un PS pediatrico) con una media rispettivamente di 0,77 e 0,70 visite per ogni bambino contro le 0,47 di Tolmezzo e le 0,35 di Pordenone. Nel corso del primo anno di vita 57 bambini della coorte sono stati ricoverati almeno una volta in un reparto di pediatria (21% per infezioni urinarie, 18% per problemi gastrointestinali quali scarsa crescita, RGE, allergie, 11% per infezioni respiratorie quali bronchioliti, otiti e virosi, 6 itteri neonatali).

Nel 90% dei casi l'intervista telefonica di follow-up è stata realizzata con la madre.

Assunzione di farmaci

Complessivamente sono stati somministrati 2293 farmaci. Il 95% dei bambini della coorte ha assunto almeno un farmaco nel primo anno di vita. In media ogni bambino ha assunto 5,6 farmaci (DS 4). La *figura 1* mostra la distribuzione di frequenza dell'assunzione dei farmaci. Come si può vedere, 19 bambini (5%) non hanno assunto alcun farmaco, 74 bambini uno o due farmaci (18%), 101 bambini tre o quattro farmaci (25%), 77 bambini cinque o sei farmaci (19%), 137 bambini sette o più farmaci (34%).

Considerando solo antibiotici, antipiretici e farmaci broncopolmonari, la media dei farmaci somministrati al bambino è di quattro (DS 3,1).

Tipologia dei farmaci assunti

Nella *figura 2* sono riportati i farmaci somministrati ai bambini nei 12 mesi della ricerca, raggruppati in 7 categorie (5).

Nei primi 3 mesi si può notare un maggiore utilizzo dei farmaci gastrointestinali, per il ricorso ai farmaci anticolica (simeticone e cimetropio bromuro). Dopo i primi mesi di vita sono soprattutto i probiotici (fermenti lattici) e il attuloso i farmaci di questa categoria utilizzati. Per quanto riguarda i farmaci antinfettivi, il maggior utilizzo nel primo mese è legato ai farmaci oftalmologici e antifungini, mentre dal 3° mese si assiste a un progressivo maggiore utilizzo di farmaci antinfettivi per bocca. Anche per gli antipiretici (soprattutto paracetamolo) è possibile notare un progressivo aumento di utilizzo a partire dal primo mese di vita, con apice all'8° mese. È inte-

FIGURA 2: FARMACI SOMMINISTRATI AI BAMBINI RAGGRUPPATI IN SETTE CATEGORIE PRINCIPALI

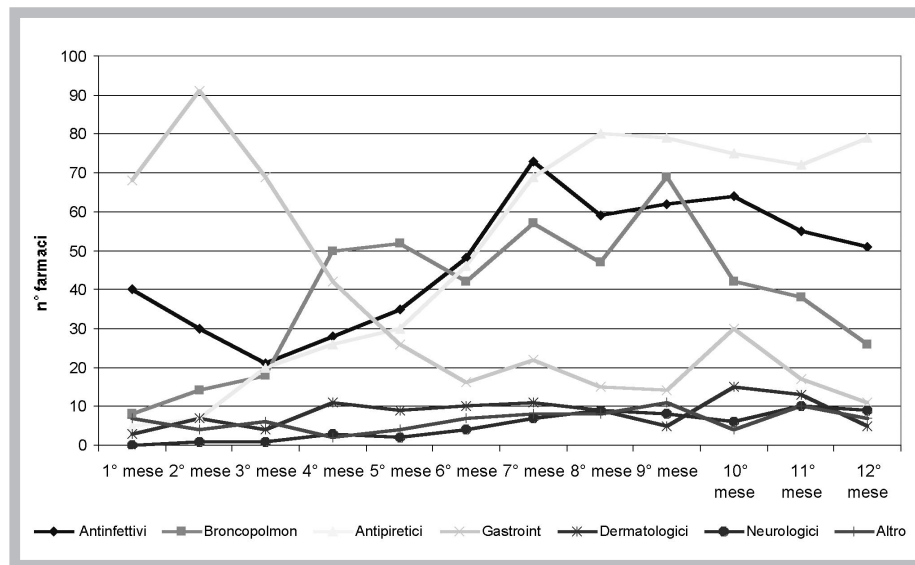


TABELLA 2: NUMERO DI SOMMINISTRAZIONI DI FARMACI PER TRIMESTRE E DIFFERENZA IN PERCENTUALE TRA L'UTILIZZO NEL PRIMO E NEL QUARTO TRIMESTRE

	1° trim	2° trim	3° trim	4° trim	Differenza 1°-4° trim
Antipiretici	31	97	215	216	+86%
Antibiotici per os	30	53	145	131	+77%
Antibiotici collirio	28	16	24	20	-29%
Cortisonici inalatori	12	45	65	45	+73%
Beta2-stimolanti	6	11	18	13	+54%
Mucolitici	11	61	67	34	+68%
Antitosse	1	2	5	1	-
Adrenalina	0	4	1	1	-
Anticolica	167	25	6	2	-99%
Antistipsi	4	15	14	6	-
Anti-RGE	23	24	12	9	-61%
Fermenti lattici	8	9	12	29	+72%
Psicolettici	2	7	23	23	+91%
Totale	323	369	607	530	+40%

ressante notare come le curve di queste ultime due categorie siano praticamente identiche tra il 3° e il 7° mese. Da sottolineare ancora l'utilizzo dei farmaci broncopolmonari, che aumenta di 5 volte dal 1° al 6° mese, per poi restare più o meno costante nei mesi successivi, con alcuni picchi di maggior utilizzo. Il beclometasone per via inalatoria è il farmaco più largamente utilizzato in questo gruppo, seguito dal salbu-

tamolo, sempre per via inalatoria. A partire dal 6° mese si evidenzia una tendenza in aumento nella categoria dei farmaci neurologici, legato all'utilizzo degli psicolettici, soprattutto della niaprazina (*Nopron*). Nella *tabella 2* è riportato il dettaglio della somministrazione, con una diversa e più ampia suddivisione in categorie e per trimestre. Le considerazioni sono analoghe a quelle fatte in relazione alla *figura 2*.

TABELLA 3: PRINCIPALI MOTIVAZIONI PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SECONDO QUANTO RIFERITO DAGLI INTERVISTATI, PER TRIMESTRE

	1° trim	2° trim	3° trim	4° trim
Febbre	7	36	50	51
URTI	17	68	97	51
LRTI	9	38	48	46
OMA	6	26	56	43
IVU	11	15	14	14
Tosse	8	35	41	24
Coliche	164	21	7	3
Stipsi	7	16	17	10
RGE	19	14	5	2
Diarrea	5	14	7	37
Congiuntiviti	28	14	19	18
Candidiasi	25	12	11	7
Sonno	2	6	20	24
Totale	308	315	392	330

Le diagnosi riferite dai genitori rimandano chiaramente ai farmaci somministrati (*tabella 3*). Ad esempio, nel primo trimestre, c'è maggior frequenza di coliche e successivamente si assiste a un progressivo aumento delle patologie respiratorie. Si consideri anche che il reclutamento dei bambi-

ni è iniziato in giugno e di conseguenza il 2° e 3° trimestre corrispondono ai mesi invernali. La *tabella 4* mostra le principali diagnosi riferite dai genitori, messe in relazione con i farmaci somministrati ai bambini classificati in base alle categorie già segnalate. Le percentuali riportate in tabel-

la sono di colonna e si riferiscono quindi alle categorie di farmaci. Le OMA rappresentano la prima causa di somministrazione di farmaci antinfettivi per via generale nel primo anno di vita (24%), seguite dalla patologia respiratoria alta e bassa (complessivamente 22%) dalle IVU (12%). Le infezioni respiratorie basse sono la prima causa di somministrazione di farmaci broncopulmonari (33%) seguite dalle infezioni respiratorie alte (28%) e dalla tosse (22%). Gli antipiretici sono stati utilizzati in un'ampia varietà di condizioni sia come antifebbrili in corso di infezioni respiratorie alte e basse, sesta malattia, otiti, IVU, sia come antidolorifici in corso di eruzione dentaria, otiti, otalgie. Il 50% delle somministrazioni di farmaci gastrointestinali si è avuto per coliche, il 69% di quelle di farmaci dermatologici per la presenza di dermatite allergica, il 90% di quelle di farmaci neurologici per disturbi del sonno.

La *tabella 5*, che riporta il numero di volte in cui il farmaco è stato somministrato al bambino, sempre in base alle 7 categorie considerate, ci consente di analizzare le prescrizioni ripetute. Come si può vedere, il 39% dei bambini della coorte (160 bambini) non ha ricevuto antibiotici, il 42% li

TABELLA 4: CATEGORIE DI FARMACI SOMMINISTRATI PER PRINCIPALI DIAGNOSI SEGNALATE DAGLI INTERVISTATI (PERCENTUALI PER CATEGORIE DI FARMACI)

	Antinfettivi	Broncopulmonari	Antipiretici	Gastrointestinali	Dermatologici	Neurologici
OMA	24%	4%	10%	-	-	-
URTI	11%	28%	19%	-	-	-
LRTI	11%	33%	6%	-	-	-
IVU	12%	-	2%	-	-	-
Tosse	2%	22%	1%	-	-	-
Febbre	3%	1%	22%	-	-	-
Infezione da Candida	8%	-	1%	-	3%	-
Congiuntivite	12%	-	0,3%	-	-	-
VI malattia	1%	0,4%	7%	-	-	-
Eruzione dentaria	-	-	7%	-	-	-
Vaccinazione	0,4%	-	4%	-	-	-
Coliche	-	-	0,3%	50%	-	-
Stipsi	-	-	-	13%	-	-
Diarrea	1%	-	2%	14%	-	-
RGE	-	-	-	15%	-	-
Dermatite	1%	-	-	-	69%	-
Disturbi del sonno	-	-	-	-	-	90%

URTI: infezioni delle alte vie respiratorie; LRTI: infezioni delle basse vie respiratorie

TABELLA 5: NUMERO DI SOMMINISTRAZIONI PER BAMBINO DELLE SETTE CATEGORIE DI FARMACI CONSIDERATE

Categoria	Numero di somministrazioni per bambino												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Tot*
Antinfettivi	160	105	67	36	13	12	8	2	2	2		1	566
Broncopolmonari	202	82	54	28	18	16	7			1			477
Antipiretici	133	104	93	42	21	7	5	1	2				588
Gastrointestinali	227	79	45	25	12	6	6	2	5	1			421
Dermatologici	344	41	13	7	2		1						102
Neurologici	386	10	5		2	1	2	1	1				60
Altro	359	33	11	3				1	1				79

* Il totale riportato si riferisce al numero di somministrazioni per categoria di farmaco.

ha ricevuti una o due volte (172 bambini) e il restante 18% (76 bambini) 3 o più volte. Questi 76 bambini corrispondono a 327 somministrazioni di antibiotico di cui il 27% per otite media acuta, il 19% per infezione delle vie urinarie, il 10% per infezione respiratoria alta, il 9% per infezione respiratoria bassa e il 4% per febbre o tosse. Nel 19% dei casi la somministrazione era topica per congiuntivite o candidiasi. Per quanto riguarda i farmaci broncopolmonari, il 50% della coorte (202 bambini) non li ha ricevuti, il 33% li ha ricevuti una o due volte (136 bambini) e il 17% (70 bambini) 3 o più volte. Questi 70 bambini corrispondono a 287 somministrazioni, di cui il 39% per infezione respiratoria bassa, il 29% per infezione respiratoria alta e il 19% per tosse. La categoria degli antipiretici è quella con il più alto numero di somministrazioni nel primo anno di vita (588). Nel 19% dei casi il farmaco è stato somministrato 3 o più volte (298 somministrazioni complessive). Nella categoria dei farmaci gastrointestinali è il 13% (57 bambini) ad averli ricevuti per 3 o più volte nel corso del primo anno di vita. Di queste 252 somministrazioni ripetute, il 47% è avvenuto per coliche nei primi 3-4 mesi di vita, il 22% per reflusso gastro-esofageo, il 14% per stipsi, il 10% per diarrea. La maggior parte delle somministrazioni ripetute 3 o più volte di farmaci dermatologici (10 bambini, 35 somministrazioni) si è avuta per presenza di dermatite allergica (77%), mentre quasi tutte quelle di farmaci neurologici (95%) sono avvenute per disturbi del sonno.

Analisi dei fattori associati con l'utilizzo di farmaci

All'analisi univariata sono risultati associati in maniera statisticamente significativa con un maggior consumo di farmaci:

- la frequenza di problemi segnalati dai genitori nel primo anno di vita (coefficiente di correlazione ($r=0,924$; $p<0,0001$))
- le visite dal pediatra di famiglia ($r=0,571$; $p<0,0001$)
- le visite da un medico ($r=0,521$; $p<0,0001$)
- la presenza di una patologia che richiedesse un utilizzo prolungato di farmaci (IVU, RGE, coliche, dermatite, sonno, stipsi) (ANOVA; $p<0,0001$)
- la presenza a 4 mesi di allattamento al seno complementare o di non allattamento al seno (ANOVA; $p<0,001$)
- la presenza di fratelli (ANOVA; $p<0,001$)
- la nascita negli ospedali di Trieste, Pordenone o Tolmezzo (ANOVA; $p<0,001$)
- il ricovero in ospedale (ANOVA; $p<0,018$)
- il sesso femminile (ANOVA; $p=0,02$).

Nessuna associazione significativa è stata vista invece per lavoro materno (madre che lavora vs madre che non lavora), tempo di ripresa del lavoro (superiore o inferiore ai 6 mesi), scolarità materna (obbligo vs scolarità superiore all'obbligo), nazionalità della madre (italiana vs non italiana), tipo di parto (spontaneo vs altro tipo).

All'analisi multivariata sono risultati essere associati con il maggior consumo di farmaci in maniera indipendente: 1) la frequenza dei problemi segnalati dai genitori, 2) il numero di visite dal pediatra di famiglia, 3) il numero complessivo di visite realizzate da un medico e 4) l'ospedale di nascita.

Appropriatezza nell'utilizzo dei farmaci

Si è deciso di valutare l'appropriatezza dell'utilizzo dei farmaci in 4 categorie chiave (steroidi inalatori, antibiotici per via generale, psicolettici, anticoliche), identificate sia in base alla frequenza di utilizzo nel nostro studio sia a quanto segnalato in letteratura (come prescrizione inappropriata e come trend di utilizzo in aumento). L'appropriatezza della somministrazione è stata valutata in base a quanto riportato dalla letteratura rispetto all'efficacia e all'utilità del farmaco nelle condizioni riportate.

Già nella **tabella 4** è possibile identificare alcuni esempi di utilizzo inappropriato alla condizione. L'analisi che viene presentata di seguito è più specifica in quanto riferita direttamente alle molecole utilizzate o comunque a categorie di farmaci più ristrette rispetto a quelle utilizzate in precedenza. Come si può vedere nella **tabella 6**, il 44% degli steroidi inalatori, che i genitori hanno riferito di aver utilizzato, è stato somministrato in caso di infezioni delle vie respiratorie alte, di tosse o di virus: in queste condizioni non hanno alcuna dimostrata efficacia (6,7). Il 25% dei bambini della coorte ha ricevuto almeno una volta il beclometasone dipropionato. Anche il 20%

degli antibiotici per via sistemica è stato somministrato in condizioni in cui non è dimostrata la loro efficacia, come infezioni delle alte vie respiratorie, diarrea, virusi e sesta malattia (8,10). L'amoxicillina è stata somministrata a 6 bambini con infezioni delle vie urinarie alte, indicazione superata per la possibilità di resistenze a tale molecola (8). Rispetto all'utilizzo della niaprazina (*Nopron*) non vi sono studi controllati che dimostrano la sua reale efficacia, e l'utilizzo dovrebbe essere consentito solo come palliativo occasionale (9). Nella coorte in studio il 5% dei bambini ha ricevuto almeno una volta tale farmaco (per un totale di 54 somministrazioni) e il 2% per 4 mesi o più. Il suo utilizzo sotto i 6 mesi è inoltre controindicato, mentre risulta essere stato utilizzato in 3 casi della nostra coorte. L'utilizzo dei farmaci anticolici nelle coliche del lattante nel primo trimestre di vita è privo di evidenze di efficacia e non privo di possibilità di effetti collaterali (cimetropio bromuro) (11,12). Il loro utilizzo rimane però molto elevato nei primi mesi di vita del bambino. Anche mucolitici e fermenti lattici non hanno evidenze di efficacia in età pediatrica ma sono ampiamente somministrati ai bambini della nostra coorte (6,13,14).

Per una rassegna più dettagliata e basata su criteri EBM dell'appropriatezza dell'utilizzo dei farmaci si rimanda al volume di Pisacane "Malattie e farmaci in pediatria ambulatoriale, una guida alla terapia evidence based" (6). Si riporta una tabella (tabella 7) (pagina 204 del volume) in cui vengono analizzate le patologie-condizioni in cui frequentemente vengono utilizzati farmaci inefficaci e/o con effetti collaterali di rilievo.

Discussione

Il dato principale che emerge dallo studio di questa coorte di bambini riguarda un'elevata assunzione di farmaci. Mediamente infatti ogni bambino ha ricevuto nel primo anno di vita 5,6 farmaci considerando tutti quelli somministrati e 4 considerando solo antipiretici, antibiotici e broncopolmonari. È stato escluso dalla presente analisi il dato relativo all'assunzione di vitamine e sali minerali, che quasi tutti hanno assunto per periodi più o meno lunghi. Oltre a ricevere molti farmaci i bambini vengono sottoposti nel primo anno di vita a frequenti visite

TABELLA 6: ALCUNI ESEMPI DI UN POSSIBILE USO INAPPROPRIATO DEI FARMACI (PERCENTUALI RIFERITE AL TOTALE DELLA CATEGORIA)

Categoria	% di utilizzo scorretto	Condizione riferita	Cosa dicono le evidenze
Steroidi inalatori	44%	URTI, tosse isolata, virusi	Non servono mai sotto l'anno di vita (6). Non utili anche nei bambini tra 1 e 5 anni di vita (7)
Antibiotici	20%	URTI, tosse virusi, VI malattia	Non hanno indicazione (8)
Amoxicillina	6 casi	Diarrea	Usati solo in quadri clinici gravi, raramente (feci ematiche, epidemia, previa coprocultura)
Amoxicillina	6 casi	IVU	Utilizzo di amoxicillina solo se protetta con acido clavulanico (per l'aumento delle resistenze) (8)
Psicoletici Niaprazina (<i>Nopron</i>)	3 casi <6 mesi	Disturbi del sonno	Non esistono studi clinici per nessuna fascia di età. L'uso sotto i 6 mesi è controindicato nel foglietto illustrativo (9)
Farmaci anticolici - Cimetropio bromuro (<i>Alginor</i>)	100%	Coliche del lattante	Antispastico. Sperimentazione limitata e casistica non numerosa. L'uso routinario è sconsigliato (6)
- Simeticone (<i>Mylicon</i>)	100%	Coliche del lattante	Antimetorico. Studi clinici controllati hanno dimostrato che non sarebbe di alcuna utilità (6)

TABELLA 7: PATOLOGIE-CONDIZIONI IN CUI FREQUENTEMENTE VENGONO UTILIZZATI FARMACI INEFFICACI (i) E/O CON EFFETTI COLLATERALI (ec) DI RILIEVO (6)

Condizione	Farmaci da evitare
Coliche gassose	Simeticone (i)
Diarrea acuta	Loperamide (i, ec); fermenti lattici (i)
Disturbi del sonno	Niaprazina (ec)
Dolore	Codeina (ec)
Febbre	Cortisonici (ec); noramidopirina e derivati dell'aminofenazone (ec)
Inappetenza	Ciproptadina (ec); multivitaminici (i)
Infezioni virali delle prime vie aeree	Antibiotici per "copertura" (i, ec); cortisonici topici (i, ec); antinfiammatori (i, ec)
Ipertrofia adenoidea	Antistaminici (i, ec)
Otite media effusiva	Antistaminici (i, ec)
Rigurgito fisiologico	Cisapride (i, ec); latti antireflusso (i)
TAS alto	Antibiotici (i, ec)
Tosse	Mucolitici (i); codeina (ec)

mediche (in media 3 bilanci di salute, 3 visite per le vaccinazioni, 3 visite dal pediatra di famiglia e 2 da un altro medico per problemi intercorrenti, quasi 1 visita in Pronto Soccorso). I due dati (elevata assunzione di farmaci e alto accesso ai servizi sanitari) sono ancor più rilevanti se si considera che la coorte in studio era costituita da bambini sani e senza problemi alla nascita e che solo una piccola percentuale ha poi sviluppato problemi di salute che richiedevano controlli periodici e utilizzo di farmaci per più mesi (IVU, RGE ecc.). All'analisi multivariata il maggior numero di problemi segnalati dai genitori e il maggior numero di visite mediche realizzate sono risultati essere predittivi della più alta somministrazione di farmaci in maniera indipendente. In sostanza il maggior contatto con il pediatra o con altri medici nel primo anno di vita si associa a una maggiore assunzione di farmaci indipendentemente dalla patologia segnalata dai genitori e viceversa. È interessante ancora notare che le due variabili definite per valutare la rilevanza del problema segnalato dai genitori (il ricovero in ospedale e la presenza di una condizione che richiedeva un utilizzo prolungato di farmaci) sono uscite dal modello finale dell'analisi multivariata, non risultando quindi associate all'esito. Il nostro studio ha messo inoltre in evidenza:

1. L'ampio utilizzo di farmaci di non dimostrata efficacia: farmaci anticoliche, ancora i mucolitici e fermenti lattici. Anche l'utilizzo di farmaci come la niaprazina (*Nopron*) in un numero piccolo ma significativo di casi dovrebbe far riflettere. L'impressione è che, quando vi è difficoltà da parte del pediatra a fornire risposta ai genitori, si ricorra al "dare qualcosa al bambino".
2. La somministrazione non appropriata alla condizione in atto di alcuni farmaci quali i cortisonici inalatori (utilizzati ad esempio nella tosse isolata e nelle infezioni delle alte vie respiratorie) e gli antibiotici (ancora nella tosse isolata e nelle infezioni delle alte vie respiratorie, nella diarrea ecc.). Anche l'utilizzo della amoxicillina nelle infezioni delle vie urinarie (segnalata in 6 casi) non è più indicata. L'utilizzo della niaprazina sotto i 6 mesi (3 casi) è controindicato. L'impressione generale che si ricava dall'analisi dei dati è quella di un utilizzo, anche

ripetuto, di farmaci inutili dal punto di vista terapeutico per patologie banali. È possibile che, almeno in parte, alcuni di questi farmaci siano stati somministrati ai bambini dai genitori di loro iniziativa e non su indicazione del pediatra, mimando ad esempio quanto già realizzato con eventuali fratelli maggiori in condizioni simili o continuando/ripetendo autonomamente la somministrazione alla ricomparsa di segni o sintomi che l'hanno determinata la prima volta. Lo studio sembra comunque confermare l'anticipazione al primo anno di vita della tendenza prescrittiva tipica delle età successive, già segnalata in altri studi (1). Ne è dimostrazione il largo uso di farmaci per via aerosolica, specie di cortisonici inalatori e di beta2-stimolanti, di mucolitici e anti-tosse.

Lo studio presenta alcuni limiti. Soprattutto il fatto di non essere stato pensato specificamente per analizzare l'utilizzo dei farmaci; mancano ad esempio informazioni importanti come: chi ha prescritto il farmaco (è stato un medico o un'autoprescrizione)? Il medico ha prescritto un farmaco che poi è stato utilizzato impropriamente nei mesi successivi?; le diagnosi sono imprecise in alcuni casi, non è stato rilevato il dosaggio dei farmaci somministrati. Lo studio è stato realizzato alcuni anni fa (1999), anche se la situazione della prescrizione nel primo periodo di vita non sembra essere cambiata (1). Si tratta comunque, a nostra conoscenza, del primo studio di questo tipo che viene realizzato su una coorte di bambini seguiti per un anno e con intervista alla madre, permettendo in questo modo di: 1) verificare ciò che realmente la madre ha somministrato al bambino (che non sempre coincide con quello che viene prescritto); 2) analizzare la stagionalità della prescrizione; 3) valutare l'appropriatezza della somministrazione rispetto alla patologia segnalata.

Le tendenze evidenziate fanno supporre che ancora si debba lavorare molto per diffondere e aumentare l'aderenza alle linee guida disponibili sulla somministrazione dei farmaci, sia con i medici che con i genitori. Va in questa direzione la "Guida all'uso dei farmaci per i bambini", recentemente elaborata con la collaborazione dell'Istituto Mario Negri e pubblicata dal Ministero della Salute, di cui ogni pediatra dovrebbe avere ricevuto una copia, ma

secondo molte testimonianze non è così (15). Questo strumento è oggetto di valutazione rispetto alla sua applicabilità nella pratica giornaliera e all'adesione ai suggerimenti forniti che riguardano l'utilizzo del farmaco basato sull'evidenza clinica di efficacia. Ci sembra che le informazioni emerse dal presente lavoro possano essere utili per avviare una prima discussione tra i pediatri di famiglia italiani rispetto alla prescrizione e autoprescrizione dei farmaci in pediatria e in particolare nel primo anno di vita. ♦

Bibliografia

- (1) Bonati M. Rapporto 2000. Progetto ARNO. Osservatorio sulla prescrizione farmaceutica pediatrica. Cinea, 2002.
- (2) Cazzato T, Pandolfini C, Campi R, Bonati M, ACP Puglia-Basilicata Working Group. Attitudini prescrittive nella pediatria di famiglia. *Giornale Italiano Farmacia Clinica* 2001;15:21-5.
- (3) Moro ML, Resi D, Morri M et al. Prescrizione di antibiotici in età pediatrica nella regione Emilia-Romagna. <http://www.medicoebambino.com/elettroniche/archivio/ARCH2002/RI/RI04020.htm>.
- (4) Troncon MG. Antibiotici per uso sistemico: la prescrizione negli anni 1993-97. www.medicoebambino.com/elettroniche/archivio/ARCH2002/RI/RI04020.htm.
- (5) Ferraro L, Marrazzo E, Ostino G et al. La prescrizione dei farmaci ed i problemi dei bambini: analisi epidemiologica nella pediatria di base. *Giornale Italiano Farmacia Clinica* 1990;4:87-103.
- (6) Pisacane A, Impagliazzo N, Longobardi G, Scarpellino B. Malattie e Farmaci in pediatria ambulatoriale, una guida di terapia evidence based. *Isola dei ragazzi s.r.l. edizioni*, 1999.
- (7) Oommen A, Lambert PC, Grigg J. Efficacy of a short course of parent-initiated oral prednisolone for viral wheeze in children aged 1-5 years: randomised controlled trial. *Lancet* 2003;362:1433-8.
- (8) Ventura A, Berti I, Trevisiol C. Una malattia un antibiotico. Volume I e II. *Primula Multimedia Srl*, 2003.
- (9) Panizon F. L'appetito e il sonno: uno sguardo d'insieme. *Medico e Bambino* 2003;22:25-8.
- (10) Grennes DS, Harper MB. Low risk of bacteremia in febrile children with recognizable viral syndromes. *Pediatr Infect Dis J* 1999;18:258-61.
- (11) Lucassen PL. Effectiveness of treatments for infantile colic: systematic review. *BMJ* 1998;237:316:1563-9.
- (12) Mc Kenzie S. Troublesome crying in infants: effect of advice to reduce stimulation. *Arch Dis Child* 1991;66:1416-20.
- (13) Isolauri E, Ribeiro Hda C, Gibson G et al. Functional foods and probiotics: Working Group Report of the First World Congress of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002;35 Suppl 2:S106-9.
- (14) Fontana M, Martelli L. I probiotici in gastroenterologia pediatrica: evidenze cliniche. *Medico e Bambino* 2004;23:175-81.
- (15) Ministero della Salute. Guida all'uso dei farmaci per i bambini. A cura di Nello Martini e di Maurizio Bonati, 2003.

Le ricerche in corso in ACP

A cura della Segreteria della ricerca

Pubblichiamo, in questo numero di Quaderni acp, un resoconto sommario delle ricerche in corso in seno ai gruppi dell'Associazione e lo stato di avanzamento delle ricerche stesse. Ricerche in altri gruppi sono in corso e di esse daremo conto appena riceveremo precise notizie.

SICILIA

1. STUDIO EPIDEMIOLOGICO SU INDICATORI DI SALUTE E INTERVENTI DI PREVENZIONE PRIMARIA

Gruppi ACP coinvolti ACP Trinacria Palermo

Altre strutture coinvolte No

Numero di pediatri ricercatori 29

Referente Giuseppe Primavera (beppeprimavera@libero.it)

Data di inizio Gennaio 2005

Razionale È diffusa consapevolezza tra i pediatri di famiglia di Palermo che i tassi di allattamento al seno vadano decrescendo, che lo straordinario incremento dei parti cesarei e le routine assistenziali di molti ospedali pubblici e privati non favoriscano l'allattamento al seno e che, malgrado i dati della letteratura siano a favore di alcuni semplici interventi di prevenzione primari, questi vengano ampiamente disattesi. Questo ha suggerito l'avvio di un lavoro epidemiologico in una realtà in cui i sistemi di monitoraggio sono sempre stati carenti.

Scopi

1. Raccogliere dati su alcuni importanti indicatori di salute:

- Tasso di prevalenza e durata dell'allattamento al seno secondo le definizioni UNICEF-OMS
- Routine ospedaliera e aderenza all'iniziativa Ospedale amico del bambino con i suoi "10 passi per allattare al seno con successo"
- Nati da parto cesareo
- Nati di basso peso
- Ricoveri in UTIN

2. Raccogliere dati sull'implementazione di alcuni interventi di prevenzione primaria su cui esistono evidenze di efficacia.

- Posizione nel sonno e prevenzione della SIDS
- Protezione del bambino durante il trasporto in automobile
- Esposizione al fumo in gravidanza e dopo la nascita
- Assunzione preconcezionale di acido folico

Tali dati, specie quelli sull'allattamento al seno, potranno costituire la base per un audit interno al gruppo, ma potrebbero anche essere utili ad ASL, Aziende Ospedaliere o Assessorato Sanità per la pianificazione di interventi.

Metodi Questionario per la raccolta dati su tutti i nati nel primo semestre 2005, che saranno seguiti sino alla fine del secondo semestre.

Risultati provvisori Non disponibili.

Referenze

- (1) Tamburlini G. Indicatori di salute in età evolutiva. *Medico e Bambino* 1999;5:315.
- (2) CSB, corso di formazione. Sviluppo e valutazione di interventi di prevenzione primaria nel campo della salute infantile.
- (3) UNICEF. Breastfeeding management and promotion in a baby friendly hospital 1993.

Stato della ricerca Raccolta dati

Termine previsto Dicembre 2005

2. I DISTURBI GASTROINTESTINALI FUNZIONALI NELLA PRATICA PEDIATRICA AMBULATORIALE

Gruppi ACP coinvolti ACP Trinacria Palermo, alcuni pediatri di famiglia del gruppo ACP Empedocle (Agrigento)

Altre strutture coinvolte Servizio di gastroenterologia e fibrosi cistica di

Messina (Prof. G. Magazzù, coordinatore) (magazzug@www.unime.it)

Numero di pediatri ricercatori 27

Referente Giuseppe Primavera (beppeprimavera@libero.it)

Data di inizio Marzo 2005

Razionale I disturbi gastrointestinali funzionali (DGIF) costituiscono uno dei problemi più frequenti per il pediatra di famiglia, ma la loro prevalenza nel bambino è ancora poco conosciuta. Il loro studio era spesso affidato a centri di secondo e terzo livello, che applicavano complessi protocolli diagnostici volti a escludere una patologia organica. I "criteri di Roma II" hanno trasformato l'iter diagnostico da una diagnosi di esclusione a una diagnosi in positivo. Il nuovo approccio, basato su una storia clinica dettagliata, con ricerca di sintomi di allarme per patologia organica, e sull'eventuale esecuzione di pochi esami di laboratorio, fa rientrare la gestione dei DGIF, nella stragrande maggioranza dei casi, nell'ambito delle cure primarie.

Scopi

- Stimare la prevalenza dei DGIF nella popolazione pediatrica del territorio
- Verificare che, a eccezione del vomito ciclico, può essere formulata una diagnosi prospettica in positivo, e non di esclusione, utilizzando i criteri di Roma e che i DGIF possono essere gestiti quasi sempre dal pediatra di famiglia
- Stimare l'accuratezza diagnostica di variabili cliniche ed esami di primo livello per la diagnosi dei DGIF

Metodi I 27 pediatri partecipanti, in un periodo di 3 mesi, somministrano a tutti i pazienti di età 0-14 anni che vengono portati in ambulatorio per disturbi

Per corrispondenza:

Giacomo Toffol

e-mail: gitoffol@libero.it

ricerca

gastrointestinali un questionario per la raccolta dati. Il follow-up è costituito da 3 visite di controllo a 1, 6 e 12 mesi, durante le quali viene compilata una apposita scheda. Alla fine del follow-up, se non è sopraggiunto un cambiamento del pattern sintomatologico o c'è stato un miglioramento, la diagnosi iniziale di disturbo gastrointestinale funzionale è ritenuta confermata.

Risultati provvisori Non disponibili.

Referenze

- (1) Rasquin-Weber A et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999;45 (suppl. II):1160-8.
- (2) Miele E et al. Functional gastrointestinal disorders in children: an Italian prospective survey. *Pediatrics* 2004;114:73-8.
- (3) Jeffrey S. Recurrent abdominal pain and the biopsychosocial model of medical practice. *J Pediatr* 1998;133: 473-8.

Stato della ricerca Raccolta dati

Termine previsto Giugno 2006

3. VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA DELLA MALATTIA DA REFLUSSO GASTROESOFAGEO NEI PRIMI VENTQUATTRO MESI DI VITA

Gruppo ACP coinvolto ACP dello Stretto - Messina

Altre strutture coinvolte Ricerca nazionale multicentrica. Servizio di gastroenterologia e fibrosi cistica di Messina (Prof. G. Magazzù)

Numero di pediatri ricercatori 15

Referente Angelo Camponozzi, Clinica Pediatrica di Foggia

Data di inizio della ricerca 12 Giugno 2004

Razionale Negli ultimi decenni si è assistito a un trend nettamente in aumento della diagnosi di malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE).

Callahan e collaboratori hanno riportato, tra il 1971 e il 1995, un incremento della diagnosi di MRGE pari a 20 volte; tra il 1995 e il 2000, dati recenti ricavati dal Pediatric Hospital Information Survey Database (PHIS) hanno mostrato ancora, nei bambini ospedalizzati negli USA, una prevalenza di MRGE pari a circa il

4% di tutte le ammissioni ospedaliere pediatriche (1). Il numero di prescrizioni per inibitori di pompa protonica (IPP), usati per il trattamento del MRGE, sarebbe più che triplicato negli ultimi tre anni tra i bambini americani (2). La soppressione acida indotta da H₂-antagonisti e IPPs determina la secrezione di gastrina. Studi nell'adulto hanno riportato la presenza di ipertrofia delle cellule parietali da probabile ipergastrinemia in soggetti trattati con IPPs per lungo tempo. Sulla base delle osservazioni sopra riportate, il quesito che ci poniamo è: "L'incremento della prevalenza di MRGE descritto potrebbe essere correlato all'uso, spesso eccessivo e indiscriminato, di acidosoppressori in età pediatrica?"

Scopi Ottenere una prevalenza di punto in 90 giorni della frequenza del RGE in una popolazione di lattanti. Seguire tali bambini fino al compimento dei 2 anni, al fine di valutare la storia naturale del RGE.

Setting Ambulatorio pediatrico.

Metodi Durante un periodo di 70-110 giorni, tutti i lattanti di età compresa tra 1-12 mesi consecutivamente presentatisi all'ambulatorio, verranno valutati e per ciascuno verrà compilata la scheda di reclutamento. Sarà considerato arruolabile un lattante con sintomatologia rispondente ai criteri diagnostici per il reflusso funzionale (età compresa tra 1 e 12 mesi; 2 o più episodi di rigurgito giornalieri per la durata di 3 o più settimane in lattante altrimenti sano). Per ciascun paziente arruolato sarà compilata una scheda di inserimento e il questionario I-GERQ GERD modificato (3). Schede successive di follow-up dovranno essere compilate a intervalli regolari di 8 settimane fino a che il paziente non avrà compiuto 2 anni.

Risultati provvisori A Messina, 707 bambini di età 1-12 mesi sono stati visti consecutivamente ed è stata compilata la scheda di reclutamento: 88 sono stati arruolati e per loro è in corso il follow-up.

Stato della ricerca Raccolta dati

Termine Settembre 2006

Referenze

- (1) Orenstein SR. Gastroesophageal reflux. In: Hyman PE (ed.) *Pediatric*

gastrointestinal motility disorders. New York, Academy Professional Information: Services Inc, 1994:55-88.

- (2) Shepherd RW et al. Gastroesophageal reflux in children. Clinical profile, course and outcome with active therapy in 126 cases. *Clin Pediatr (Phila)* 1987;26:55-60.
- (3) Orenstein SR et al. Reflux symptoms in 100 normal infants: diagnostic validity of the Infant gastroesophageal reflux questionnaire. *Clin Ped* 1996;12:607-14.

4. VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA DELLA MALATTIA DA REFLUSSO GASTROESOFAGEO NEI PRIMI VENTQUATTRO MESI DI VITA IN LATTANTI SOTTOPOSTI A TRATTAMENTO PROGREGGIO CON AMINOACIDOSOPPRESSORI

Gruppo ACP coinvolto ACP dello Stretto - Messina

Altre strutture coinvolte Ricerca nazionale multicentrica. Servizio di gastroenterologia e fibrosi cistica di Messina (Prof. G. Magazzù)

Numero di pediatri ricercatori 15

Referente Angelo Camponozzi, Clinica Pediatrica di Foggia

Data di inizio della ricerca 12 Giugno 2004

Razionale La soppressione acida indotta da H₂-antagonisti e IPPs determina, attraverso meccanismi di biofeedback, la secrezione di gastrina che, a sua volta, agisce stimolando la produzione di ioni idrogeno direttamente, o indirettamente mediante il rilascio di istamina. Studi nell'adulto hanno riportato la presenza di ipertrofia delle cellule parietali da probabile ipergastrinemia in soggetti trattati con IPPs per lungo tempo (1,2).

Sulla base delle osservazioni sopra riportate, il quesito che ci poniamo è: "L'incremento della prevalenza di MRGE descritto potrebbe essere correlato all'uso, spesso eccessivo e indiscriminato, di acidosoppressori in età pediatrica?"

Scopi Valutare la prevalenza di MRGE in lattanti sottoposti a trattamento progredito con acidosoppressori (H₂-antagonisti, IPPs), osservandoli fino al compimento di 2 anni.

Setting Ambulatorio pediatrico

Metodi I pazienti arruolati sono lattanti di 0-12 mesi, rispondenti ai criteri diagnostici per il reflusso funzionale, sottoposti tuttavia a terapia pregressa o in atto con acidosoppressori (H₂-antagonisti). Pertanto l'utilizzo di acidosoppressori al momento del reclutamento non sarà considerato motivo di esclusione come nel protocollo I, anzi costituirà criterio fondamentale di inclusione. Il protocollo II seguirà le stesse direttive (e quindi stesse schede e questionari da compilare) del protocollo I.

Stato della ricerca Raccolta dati

Risultati provvisori A Messina, 47 bambini sono stati inclusi nel protocollo II e sono seguiti in follow-up.

Termine Settembre 2006

Referenze

- (1) Driman DK et al. Omeprazole produces parietal cell hyperplasia in humans. *Dig Dis Sci* 1996;41:2039-47.
- (2) Stolte M et al. Treatment with lansoprazole also induces hypertrophy of the parietal cells of the stomach. *Pathol Res Pract* 2000;196:9-13.

SARDEGNA

5. FATTORI OSTACOLANTI L'ALLATTAMENTO ESCLUSIVO AL SENO PROLUNGATO SINO AL SESTO MESE (RILEVAZIONI DI UN OSSERVATORIO PLURICONSULTORIALE DELL'AREA URBANA DI CAGLIARI)

Gruppi ACP coinvolti Gruppo Aspeco Cagliari

Altre strutture coinvolte 3 consultori familiari e 4 asili nido

Numero di pediatri ricercatori 3

Referente Silvio Ardau (uadra@yahoo.it)

Data di inizio Gennaio 2001

Razionale e scopi Partendo dal dato esperienziale di una maggiore difficoltà nel sostegno dell'allattamento al seno di diverse coppie madre-bambino e dall'avere alcune recenti ricerche evidenziato una carenza di counselling e sostegno specifico dell'allattamento al seno (a.s.), la ricerca si propone di individuare i fattori ostacolanti e delineare categorie a rischio di interruzione precoce di allattamento al seno esclusivo prima del sesto

mese, a cui dedicare maggiori risorse e migliori strategie di sostegno nel percorso nascita consultoriale per abbattere tali fattori e incrementare la popolazione a maggior durata di allattamento.

Metodi Esame della popolazione frequentante i percorsi nascita consultoriali e valutazione della storia clinica generale (gravidanza, parto ecc.) e dell'a.s. (inizio, durata, interventi di promozione e sostegno ricevuti, problematiche emerse, modalità di a.s. post-parto in ospedale ecc.) tramite esame delle cartelle cliniche e colloqui.

Risultati Su 675 diadi madre-bambino esaminate sino al 31/12/2003 il 65% allattò in modo esclusivo-predominante sino al sesto mese, comprensivo di un 11% che fece allattamento misto con latte formulato in ospedale; il restante 35% interruppe l'allattamento esclusivo passando al misto o totalmente artificiale prima del 6° mese. Le 2 popolazioni sono state separate e confrontate sui parametri presunti ostacolanti.

La popolazione con a.s. interrotto prima del sesto mese ha presentato un'incidenza notevolmente più elevata per diversi fattori: 1) somministrazione di latte formulato in ospedale; 2) ritardato attacco al seno dopo il parto; 3) gravidanza interrotta prima del termine; 4) degenza ospedaliera protratta; 5) parto cesareo; 6) mancata possibilità di rooming-in; 7) basso peso neonatale. Molto meno differenziali le incidenze di età materna, parità, situazione occupativa, coliche gassose del neonato ecc.

Tutto ciò sembrerebbe inversamente proporzionale al mese di interruzione (cresce l'incidenza dei fattori citati nella popolazione con interruzione di a.s. verso il primo mese di vita). È stato motivo di soddisfazione per il gruppo aver portato un 11% dall'allattamento misto all'esclusivo protratto al sesto mese.

L'osservatorio è permanente e accoglie progressivamente nuovi consultori (coi dati del 2004 si arriverebbe al migliaio circa di unità di popolazione globale). Criticità: popolazione selezionata dai percorsi nascita (livello culturale medio-alto, alta motivazione all'a.s.).

Referenze

- (1) Sabbadini L. Gravidanza e parto: una nuova coscienza femminile, un nuo-

vo protagonismo maschile. ISTAT, Indagine multiscopo 1999-2000.

- (2) Grandolfo M, Donati S, Giusti A. Indagine conoscitiva sul percorso nascita, 2002 (www.iss.it).

Stato della ricerca Raccolta continua ed elaborazione dati annuale.

VENETO

6. DEFINIZIONE DEI TEMPI DI SVILUPPO PUBERALE IN UNA POPOLAZIONE FEMMINILE, DI ORIGINE ITALIANA, RESIDENTE NEL VENETO

Gruppi ACP coinvolti APREF; APCP VR; ARP VI; ACP Asolo; ACP L.C. VE; alcuni pediatri di famiglia di BL e RO

Altre strutture coinvolte Endocrinologia clinica pediatrica, Padova

Numero di pediatri ricercatori 81

Referente F. Rigon (rigon@pediatria.unipd.it)

Data di inizio Giugno 2004

Razionale La definizione di normalità e patologia nell'intervallo di tempo che intercorre tra la comparsa delle manifestazioni della pubertà e il verificarsi del menarca si basa su dati degli anni '60, relativi a una popolazione inglese. Tali dati sono oggi messi in discussione, e ciò comporta implicazioni terapeutiche e medico-legali: di qui la necessità di ridefinire tale intervallo in una popolazione italiana, residente nel Veneto, che può essere considerata espressione di tutte le ragazze italiane.

Scopi Definire l'intervallo di tempo che intercorre tra la comparsa delle manifestazioni della pubertà e il verificarsi del menarca, in una popolazione italiana, residente nel Veneto, che può essere considerata espressione di tutte le ragazze italiane.

Metodi Osservazione prospettica di una popolazione di circa 600 bambine di età superiore ai 6 anni, che non abbiano ancora presentato alcun segno di sviluppo puberale (telarca, pubarca, ircarca) e valutazione auxologica semestrale/annuale, comprendente anche lo stadio puberale, mediante apposite schede cartacee e/o informatizzate, fino al momento della comparsa del menarca.

Risultati provvisori Non disponibili

Referenze

(1) Marshall WA, Tanner JM. Variations in pattern of pubertal changes in girls. *Arch Dis Child* 1969; 44: 291-303.

Stato della ricerca Attualmente è terminata la fase di arruolamento ed è iniziata la fase di osservazione e raccolta dati.

Termine previsto Giugno 2010

7. VALUTAZIONE DI EFFICACIA DEL PROGETTO NATI PER LEGGERE

Gruppi ACP coinvolti ACP Asolo, ACP J. Da Ponte (Bassano, VI)

Altre strutture coinvolte Servizio di Educazione alla salute, ASL 8 (Asolo, TV)

Numero di pediatri ricercatori 20

Referente Camilla Montini

(montini@ulssasolo.ven.it)

Giacomo Toffol (gitoffol@libero.it)

Data di inizio Dicembre 2002

Razionale Il progetto Nati per Leggere si è ormai diffuso in molte regioni italiane. Non è tuttavia ancora stato pubblicato alcuno studio che documenti l'effetto degli interventi previsti da questo progetto sulle capacità linguistiche dei bambini, né sull'effetto di rassicurazione e consolazione che la lettura ad alta voce da parte dei genitori esplica nei confronti dei bambini stessi.

Scopi Valutare quanto l'intervento di promozione alla lettura ad alta voce da parte dei genitori possa incidere:

- sull'abitudine alla lettura stessa
- sulle capacità linguistiche dei bambini
- sulle caratteristiche del sonno dei bambini.

Metodi I pediatri, randomizzati in tre gruppi, hanno arruolato i primi 30 bambini presentatisi agli ambulatori per il bilancio del sesto mese. I pediatri del gruppo "intervento" a ogni bilancio di salute effettuano un'azione di promozione alla lettura, rinforzata dal dono di un libro e di un elenco di altri libri consigliati. A 6, 24, 36 mesi vengono raccolte informazioni su: condizioni economiche, livello culturale e livello di socializzazione della famiglia, abitudine alla lettura ad alta voce, caratteristiche del sonno dei bambini. A 24 e 36 mesi verranno rilevate le differenze tra i due gruppi nell'attitudine alla lettura da parte dei geni-

tori e nelle caratteristiche del sonno. A 36 mesi i bambini verranno sottoposti a un test di valutazione del linguaggio.

Risultati provvisori Sono stati arruolati 560 bambini. Il 15,1% dei genitori legge ai bambini almeno 6 giorni alla settimana.

Referenze

(1) Bus AG, Van Ijzendoorn MH. Mother-child interactions, attachment, and emergent literacy: a cross-sectional study. *Child Dev* 1988;59:1262-72.

(2) Needlman R, Fried LE, Morley DS, Taylor S, Zuckerman B. Clinic-based intervention to promote literacy. A pilot study. *Am J Dis Child* 1991; 145:881-4.

(3) High PC, La Gasse L, Becker S, Ahlgren I, Gardner A. Literacy promotion in primary care pediatrics: can we make a difference? *Pediatrics* 2000;105:927-34.

Stato della ricerca È terminata la fase dell'arruolamento, e si stanno raccogliendo le informazioni relative alla tappa dei 24 mesi.

Termine previsto Dicembre 2005

8. DIAGNOSI PRECOCE DELL'AUTISMO E DEI DISTURBI GENERALIZZATI DELLO SVILUPPO (DGS) NELL'AMBULATORIO DEL PEDIATRA: UTILIZZO DELLA CHAT (CHECKLIST FOR AUTISM IN TODDLERS) COME STRUMENTO DI SCREENING

Gruppi ACP coinvolti ACP Asolo

Altre strutture coinvolte Servizio di NPI, ASL 8 Veneto (Asolo, TV) (Andrea Gemma)

Numero di pediatri ricercatori 11

Referente Miriana Callegari

(callegari@ulssasolo.ven.it)

Giustina Bonato

(bonato@ulssasolo.ven.it)

Data di inizio Marzo 2005

Razionale L'autismo e i disturbi generalizzati dello sviluppo (DGS) rappresentano un gruppo eterogeneo di disturbi comportamentali dello sviluppo del bambino. I primi studi epidemiologici sull'autismo riportano una prevalenza di 1:2000 (Lotter 1996), ma, con un fenotipo clinico più ampio e una migliore indagine, la stima aumenta a 1:500-1000 (Bryson

1996, Bryson, Clark & Smith 1998, Ehlers & Gillberg 1993), per arrivare al più recente dato di 1:333 (Baird e al. 1999). Percentuali così elevate di frequenza del disturbo impongono la necessità di migliorare lo screening e la diagnosi precoce, in quanto sintomi di autismo possono essere già presenti nel primo anno di vita, anche se in realtà non viene diagnosticato prima dei 2-3 anni.

Scopi

- Verificare la possibilità, in termini di tempo e di metodologia, di inserire la CHAT, come strumento di screening per la diagnosi precoce di autismo e di DGS, nei bilanci di salute dei bambini di 18-24 mesi, all'interno delle attività del pediatra di famiglia.
- Verificare la specificità e la sensibilità dello screening.
- Ridurre l'età media della diagnosi del disturbo autistico.

Metodi Durante il periodo dello studio verranno sottoposti alla chat tutti i bambini che si recheranno dal proprio pediatra per il bilancio di salute dei 18-24 mesi. Verranno esclusi i bambini portatori di cerebropatia e i bambini già in carico al Servizio di Neuropsichiatria.

Referenze

(1) Baird, Charman, Baron-Cohen, Cox, Swettenham, Wheelwright, Drew. A screening instrument for autism at 18 months of age: a 6 year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:694-702.

(2) Dalla Vecchia, Giuberti. Diagnosi e trattamento precoci nell'autismo e nei DPS. Atti del Convegno di Montebelluna, novembre 2003.

(3) Filipek PA et al. Lo screening e la diagnosi dei disturbi dello spettro autistico. *J Autism Develop Disord*, 1993;29:6.

Stato della ricerca Raccolta dati

Termine previsto Febbraio 2007

LOMBARDIA**9. LA PRESCRIZIONE ANTIBIOTICA SISTEMICA NELLA PRATICA AMBULATORIALE DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA (PLS)**

Gruppi ACP coinvolti ACP Milano e Provincia

Altre strutture coinvolte Nessuna

Numero pediatri ricercatori 44

Referente Aurelio Nova
(aurnova@virgilio.it)

Data inizio Febbraio 2005

Razionale La prescrizione di farmaci ha una parte rilevante nell'attività del PLS; in essa il gruppo terapeutico maggiormente utilizzato è quello degli antibiotici. C'è evidenza che questo atto medico non sempre è determinato da criteri clinico-diagnostici, ma spesso è condizionato da dinamiche psicologico-relazionali e socio-culturali. Con questa ricerca i PLS studiano il proprio operato per acquisire maggiore consapevolezza sull'entità, modalità e motivazioni che portano alla prescrizione di un antibiotico, nel rapporto corretto sia con gli eventi che la determinano sia con l'entità reale del proprio carico di lavoro.

Scopi Valutare le modalità della prescrizione di antibiotici-antibatterici da parte dei PLS in relazione a quantità, qualità, diagnosi e numero degli accessi.

Metodi Studio osservazionale della prescrizione antibiotica da parte dei PLS nel periodo 1.2.05 – 31.7.05.

Ricercatori PLS della regione Lombardia facenti parte del gruppo ACPM.

Principali misure di valutazione Prescrizioni di antibiotico, numero e qualità principi attivi prescritti, numero e qualità diagnosi formulate, numero e qualità criteri usati per la diagnosi, relazione diagnosi-prescrizione, rapporto prescrizione-accessi.

Risultati provvisori Non disponibili

Referenze

- (1) Studio APE. Attitudini prescrittive in Pediatria, sorveglianza Pediatri Sentinella, Roma novembre 2004, spes@iss.it
- (2) Rapporto ARNO – Pediatria 2003. Ricerca&Pratica, anno 20, n° 6, novembre-dicembre 2004.

Stato della ricerca In corso

Termine previsto Luglio 2005 ♦

In questo numero è inserito un manifesto di Francesco Tonucci

L'AUTONOMIA È SALUTE

Mi aveva colpito la "ricetta" con la quale il professor Masera dimetteva i suoi piccoli pazienti guariti dalla leucemia infantile: *"A integrazione dei farmaci prescritti è fortemente consigliata, come terapia di supporto, la somministrazione di fiabe o favole secondo la seguente prescrizione. Per (nome del bambino). Pr. 1 o 2 fiabe (o favole) al di lette (e commentate) da uno dei due genitori (preferibilmente il padre). Il dosaggio e i tempi verranno decisi da (nome del bambino). Si consiglia di evitare iperdosaggio (non più di due fiabe/favole al di) considerato che si tratta di una terapia prolungata"*. Mi aveva colpito perché non era una raccomandazione, un suggerimento, ma una ricetta.

Da allora ho pensato che i pediatri potrebbero scrivere, oltre a quelle di Nati per Leggere, anche altre "ricette" per schierarsi dalla parte dei bambini e aiutarli a riconquistare spazi, tempi e occasioni se li riterranno utili o necessari ai bambini stessi.

Da questa riflessione nasce la vignetta di Frato che viene allegata a questa rivista. Il bambino passa troppo tempo in casa davanti alla televisione, che assume il ruolo improprio di baby sitter: davanti alla televisione resta lunghi periodi immobile, mangiucchia continuamente e beve prodotti spesso dannosi. Questa abitudine produce pigrizia fisica e cognitiva, posture scorrette, affatica la vista, favorisce l'obesità infantile.

Stando in casa per tempi troppo lunghi, si produce facilmente la condizione di noia e per uscirne, cercando novità e interessi, è facile per il bambino incontrare pericoli difficilmente controllabili: la corrente elettrica, il gas, le medicine, gli alcolici.

Da tutte le ricerche fatte risulta che l'unica soluzione valida per ridurre un uso indiscriminato della televisione e un rimanere in casa è che il bambino possa uscire da solo, incontrarsi con gli amici per giocare insieme.

Il bambino ha perso il tempo libero e gli spazi pubblici. È sempre accompagnato, vigilato, guidato, istruito; non può vivere l'esperienza dell'avventura, della scoperta, dell'ostacolo, del rischio, del piacere. Tende a vivere tutto il suo tempo in spazi o servizi a lui dedicati dal box alla cameretta, alla scuola, al giardinetto per bambini, alle scuole pomeridiane, alla ludoteca. In queste condizioni il bambino non può giocare, perché non è possibile giocare vigilati o accompagnati. Un bambino che non gioca bene e a sufficienza non diventa adulto nel modo migliore. Il gioco sancito come *diritto* dovrebbe essere riconosciuto come *dovere*.

Questi bambini diventano adolescenti senza aver dovuto e potuto elaborare regole, senza aver dovuto elaborare esperienze di frustrazione, senza aver dovuto affrontare difficoltà o contrattempi; spesso senza aver dovuto aspettare, desiderare, rinunciare; senza aver potuto sperimentare il rischio man mano che ne sentivano il desiderio e il bisogno; diventano adolescenti che hanno accumulato un "bisogno" di rischio, di esperienze proibite, di eccitazione e di piacere, che rischia di esplodere il primo giorno che hanno le chiavi di casa in tasca o un motorino sotto il sedere.

Per i bambini non è facile recuperare quella autonomia di movimento necessaria perché possano vivere adeguatamente le loro esperienze di gioco e di scoperta, perché i genitori hanno paura e ritengono che le condizioni ambientali non lo permettano. Per aprire uno spiraglio di autonomia abbiamo proposto "La città dei bambini", l'esperienza "A scuola ci andiamo da soli". È una esperienza difficile, ma possibile, come testimoniano molte città (dalle piccole città di provincia a Roma) che la stanno sviluppando. Ma bisogna aiutare le famiglie a superare il timore iniziale. Molto possono fare la scuola e la pubblica amministrazione. Ma molto potrebbero fare anche i pediatri, che certamente hanno potere e ascolto presso le famiglie.

Per questo vi invito ad esporre nelle sale d'attesa dei vostri studi questa vignetta-ricetta che poi potrete spiegare e motivare ai genitori dei vostri piccoli pazienti.

Grazie

Francesco Tonucci e Frato

Congresso Nazionale dell'Associazione Culturale Pediatri

Napoli, Castel dell'Ovo, Sala Italia, 20-21-22 ottobre 2005

Il pediatra nella comunità

Il Congresso Nazionale dell'ACP, il "16 bis", propone come tema di fondo l'utopia della **Comunità** intesa come sistema complesso, dove si producono salute e malattia, entro cui vivono i bambini, le famiglie e i pediatri.

La nostra "utopia" consiste nel considerare la comunità il centro della programmazione sociale e sanitaria, sede della lettura dei bisogni della popolazione, dove è possibile stabilire le vere priorità e quindi programmare, per tappe, gli interventi a misura del singolo bambino e delle singole famiglie.

Il pediatra vive e lavora in un sistema – la Comunità – in cui sono presenti e agiscono determinanti della salute (ambiente, relazioni sociali), dove si realizzano comportamenti, si concretizzano stili di vita, prendono corpo relazioni sociali.

Le condizioni di vita delle famiglie nella Comunità, infine, non sono stabili ma si modificano rapidamente per le dinamiche economiche.

Nelle Comunità locali (dimensione municipale, area urbana, distretto) si possono realizzare, meglio che altrove, politiche coerenti con i bisogni del territorio e costruire l'integrazione tra le politiche per l'infanzia e le famiglie.

I pediatri, tutti i pediatri, di comunità, di famiglia, universitari, ospedalieri, devono sentirsi coinvolti nel Governo della salute del proprio distretto e quindi partecipare attivamente, all'analisi territoriale, alla programmazione, al monitoraggio e alla valutazione dei progetti e degli interventi.

I Piani di zona rappresentano la sintesi programmatica a livello territoriale di tutto quanto sopra detto e i pediatri sono dentro, devono essere dentro questo grande processo riformatore, senza nascondersi dietro i paraventi dell'aziendalismo e/o del sindacalismo.

Su questi temi vorremmo confrontare esperienze e richiamare chi ha il compito di programmare interventi per la salute delle famiglie, a tener conto di tutto ciò.

Chiederemo che le Regioni, a cominciare dalla nostra, inizino a sperimentare un nuovo modo di programmare la Sanità, partendo dai bisogni delle popolazioni a livello di distretto, con l'obiettivo di favorire azioni e progetti tesi alla riduzione delle disuguaglianze.

Parleremo anche di medicina basata sulle prove, di scenari di comunità, di vaccinazioni, di programmazione sanitaria, ma avendo sempre come sfondo la "Comunità".

Infine, parleremo di medici e informazione scientifica, di conflitto di interessi, di come e se l'industria farmaceutica influenza le nostre scelte terapeutiche.

Abbiamo scelto di non avere nessuna sponsorizzazione da parte dell'industria farmaceutica.

Nostri unici sponsor sono le Istituzioni (Regione, Comune, Provincia e la Camera di Commercio) e voi con le quote di iscrizione, che abbiamo cercato di contenere il più possibile.

Il programma è stato stilato seguendo l'indice di *Quaderni acp*, con il contributo di molti gruppi e del Direttivo nazionale, ma saranno la vostra partecipazione, le vostre idee, il vostro saper fare a riempire di contenuti il congresso.

Vi aspettiamo al Castel dell'Ovo sul lungomare di Napoli, dove dieci anni fa con molti di voi iniziammo i primi ragionamenti sul bambino a rischio sociale. Di strada ne è stata fatta tanta in questi anni, ma c'è ancora molto da lavorare.

Speriamo che veniate in tanti, ma non più di 300. Il Castello non ne contiene di più.

Giuseppe Cirillo, Paolo Siani

Cosa c'è di nuovo in questo congresso

Molte cose direi e soprattutto mi piace sottolineare che rappresenta lo specchio del percorso dell'Associazione sempre più vicina ai 40 gruppi locali, grazie anche a *Quaderni acp*.

Ognuno di voi potrà ricercare questo filo conduttore nel programma e non sarà difficile ritrovarlo.

Un grazie sincero agli amici napoletani che si sono fatti carico di un impegno gravoso senza aiuti dalle case farmaceutiche con la consueta simpatia e grande creatività!

Michele Gangemi

Post scriptum

Ve lo giuriamo, noi, questo congresso, non lo volevamo fare.

E non pensate che ci manchi la voglia di lavorare. Come? No, no, è solo un modo di dire! Figuriamoci se i soci ACP si vanno a confondere con i soliti luoghi comuni sui napoletani. Napoli è oggi una città moderna, dinamica, europea. Il folklore lo lasciamo ai turisti. No, no si tratta di ben altro. Perché voi non vi siete resi conto della cattiveria del Direttivo nazionale; perché a chi vanno ad affidare il congresso numero diciassette (tiè, tiè, aglio, fravaglio, condono e conguaglio!)? A chi, se non a noi che tremiamo anche soltanto a scriverlo il numero diciassette (tiè, tiè, aglio, fravaglio, condono e conguaglio!)? Si fa presto a dire: ma è solo superstizione! Che vi credete che noi, acipini della prima ora, stiamo a sentire le chiacchiere della gente? Noi ci affidiamo alla medicina basata sull'evidenza e, provateci anche voi, è assolutamente vero che non esistono prove, tipo metanalisi, revisioni sistematiche, erreciti o altro, che dimostrino che ci sia qualcosa di vero, ma neanche che sia tutto falso. Semplicemente, nessuno, nessuno ha mai provato a studiare seriamente il problema. Ora, in situazioni simili, non resta che affidarsi alle serie di casi, e voi non potete immaginare, qui a Napoli, le serie di casi disgraziati che quel maledetto numero ha provocato e continua a provocare. L'evidenza vi sommerge! Ora, ammesso e non concesso che noi, noi locali dico, conoscendo fin da piccoli sia il problema che le possibili strategie preventive, ci si possa difendere con successo; ma con che cuore veniamo a invitare voi, degli amici ignari di tutto.

Ma ormai è fatta, e in ogni caso noi vi abbiamo avvisato: se volete venire, è a vostro rischio e pericolo. Ci attiveremo comunque per farvi trovare idonei e aggiornati presidi di prevenzione personale (ferri di cavallo, corni, zampe di coniglio, e simili), anche se, per onestà intellettuale va detto, evidenze di efficacia non ce ne sono.

Lucio Piermarini

Giovedì 20 ottobre

- 14.00 *Registrazione dei partecipanti*
 15.00 *Saluto delle Autorità*
(Moderatori: G. Tamburlini, A. Ponticelli)
 15.30 *Apertura del convegno*
(M. Gangemi, M. Grimaldi, L. de Seta)
 16.00 *L'INTEGRAZIONE DELLE POLITICHE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E PER LO SVILUPPO LOCALE* (M. Petrella)
 16.15 *LETTURA*
Chi sostiene l'infanzia nel mondo? (A. Zanotelli)
 17.00 *AGGIORNAMENTO AVANZATO*
Le frontiere della ricerca genetica (A. Ballabio)
 17.30 *Discussione*
 18.00 *NATI PER LEGGERE*
Un intervento di comunità che riguarda tutti: a che punto siamo? (S. Manetti, L. Mottola)
 18.30 *Discussione*
 19.00 *FILM*
"Ribelli per caso" di V. Terracciano, Commento di I. Spada
 19.30 *Aperitivo con vini partenopei*
 20.30 *Cinema Ambasciatori: il Film "Ribelli per caso"*

Venerdì 21 ottobre

- (Moderatori: F. Panizon, G. Andria)**
 9.00 *LA COPERTINA DI QUADERNI ACP* (L. Mauri)
 9.15 *EDITORIALE*
La comunità e la salute del bambino (G.C. Biasini)
 9.30 *AGGIORNAMENTO AVANZATO*
Nuova classificazione dei disturbi funzionali dell'intestino: come cambia il lavoro del pediatra (S. Auricchio)
 10.00 *Discussione*
 10.30 *SCENARIO DI COMUNITÀ*
La valutazione degli interventi per il controllo del sovrappeso (S. Conti Nibali)
 11.00 *Discussione*
 11.30 *Coffee break*
 12.00 *RICERCA*
Il grado di sensibilità dei pediatri ospedalieri e delle infermiere sulla prevenzione e la terapia del dolore: indagine conoscitiva del Gruppo ospedaliero ACP (L. de Seta, G. De Rinaldi)
 12.30 *PROPOSTA DI RICERCA*
Un'assistenza integrata per la cronicità in pediatria (G. La Gamba)
 13.00 *Discussione*
 13.30 *Colazione*

Tavola rotonda: Quale informazione scientifica per il miglioramento della salute di tutti?

- (Moderatori: A. Pisacane, M. Orfeo)**
 14.30 *LIBERTÀ E INDIPENDENZA*
Variabili primarie o secondarie della professione medica? (M. Bobbio)
 15.00 *L'INFORMAZIONE SCIENTIFICA È CONDIZIONATA DA INTERFERENZE ECONOMICHE?* (L. De Fiore)
 15.15 *COMUNICAZIONE E MARKETING*
Quale relazione fra aziende farmaceutiche e medici? (D. Zacchetti)
 15.30 *LA VISITA DELL'INFORMATORE SCIENTIFICO* (F. Dessi, M. Narducci)
 15.45 *INTERVENTO PREORDINATO DEL GRUPPO*
"NO GRAZIE PAGO IO"
Discussione
CONCLUSIONI (M. Bonati)
 16.30 **ASSEMBLEA NAZIONALE DEI SOCI ACP**
Elezione di 4 consiglieri e di un revisore

- 19.00 *Chiusura*
 21.00 *Cena sociale*
 22.30 *UN PO' PER GIOCO* (G.C. Biasini, A. Brunelli, F. Dessi, L. Piermarini)

Sabato 22 ottobre

- (Moderatori: P. Siani, M.F. Incostante)**
 9.00 *LA NEWSLETTER*
Uno strumento di formazione. I lavori che cambiano la pratica clinica (F. Zanetto, D. Dragovich)
 9.30 *Discussione*
 10.00 *IL PROGETTO WEBM*
Esempi clinici di formazione sul campo (S. Fedele)
 10.30 *Discussione*
 11.00 *Coffee break*
 11.30 *ORGANIZZAZIONE SANITARIA*
L'integrazione delle politiche per la salute dei bambini e delle famiglie (G. Cirillo, C. Di Maio)
 12.00 *Discussione*
 12.30 *SAPER FARE*
Percorsi di cure e "care" del bambino alla luce della classificazione ICF dell'OMS (M. Leonardi)
 13.00 *Discussione*
 13.30 *Colazione*
(Moderatori: N. D'Andrea, M.F. Siracusano)
 14.30 *VACCINI ACP*
Strumenti per conoscere, strumenti per decidere, tutto a tutti? (L. Grandori)
 15.00 *Discussione*
 15.30 *ESPERIENZE*
La prevenzione della malattia emorragica del neonato da deficit della vitamina K (P. Causa)
 16.00 *Discussione*
 16.30 *SESSIONE POSTER*
Casi clinici, ricerche, programmi di comunità (coordina N. Gasparini)
 17.30 *Elaborazione e consegna dei quiz di verifica ECM*
 18.00 *COSA ABBIAMO IMPARATO E COMMENTO FINALE* (M. Bonati, L. Piermarini)
 18.30 *ARRIVEDERCI AD ASOLO* (G. Toffol)
 19.00 *Chiusura dei lavori con pasticceria napoletana e vini veneti*

Comitato organizzatore e segreteria scientifica

P. Siani, G. Cirillo, M. Grimaldi, S. Manetti, P. Causa, N. Gasparini, C. Di Maio, L. de Seta (paolo.siani@ospedalecardarelli.it; acpcampania@fin.it)

Consiglio direttivo ACP Campania

M. Grimaldi, I. Andreozzi, L. Barruffo, C. Casullo, N. Cicchella, G. Mazzarella, T. Montini, E. Trifuoggi, L. Mottola, A. Di Costanzo, C. Franzese, C. Mandato, G. Rivezzi

Consiglio direttivo ACP Nazionale

M. Gangemi, S. Manetti, P. Mastroiacovo, A.M. Moschetti, G. Toffol, P. Fiammengo, L. Grandori, L. Reali, F. Zanetto, F. Dessi

Segreteria organizzativa

DEFLA organizzazione eventi
 80121 Napoli, Via dei Mille 16
 tel. e fax 081 402093 – www.defla.it – info@defla.it

Quote di iscrizione. **Saranno accettate le prime 300 iscrizioni**
 entro il 30 giugno 2005 dopo il 30 giugno 2005
 € 300,00 soci ACP € 330,00 soci ACP
 € 350,00 non soci € 380,00 non soci
 € 100,00 specializzandi € 130,00 specializzandi

Il programma è sul web al sito: www.acp.it e www.defla.it. Sul web inoltre è presente il format per la presentazione dei poster. Gli organizzatori del convegno non hanno chiesto sponsorizzazioni da case farmaceutiche. Per gli specializzandi è prevista una quota di iscrizione ridotta previa presentazione del certificato di iscrizione alla scuola di specializzazione.

Impatto della guerra sulla salute umana e ruolo delle professioni sanitarie

Angelo Stefanini

Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Università di Bologna

Abstract

War's impact on human health and health professional role

The paper's aim is to describe war's impact on health and define health personnel's role in prevention and reduction of such effects. Wars establish "humanitarian crisis with a total and considerable disgregation of authority". They kill and mutilate soldiers, but even more devastating are the number of civilians killed or crippled at the end of a conflict, and the economical and psychological damages of a whole population. In order to better define modalities for health personnel 's role, war could be depicted as a pathological process attacking the organism "mankind". Public health personnel and epidemiology specialists can do much in preventing war ant its consequences.

Quaderni acp 2005; 12(4): 160-163

Key words War. Sanitary emergencies. Humanitarian crisis. Doctors

Scopo di questo contributo è di descrivere i principali effetti che la guerra ha sulla salute e delineare il ruolo dei professionisti sanitari nella loro prevenzione e attenuazione. Le guerre costituiscono "crisi umanitarie caratterizzate da una totale o considerevole disgregazione della autorità" (1). Esse uccidono e mutilano i soldati che le combattono, ma molto più devastanti sono le cifre dei civili che muoiono o soffrono per malattie e disabilità nel periodo che segue la fine del conflitto e dei danni economici e psicologici delle popolazioni. Per delineare le modalità con cui i sanitari potrebbero svolgere un ruolo importante, si potrebbe pensare alla guerra come a un processo patologico che attacca l'organismo "genere umano". Gli operatori sanitari, soprattutto quelli di sanità pubblica e gli epidemiologi, possono fare molto al riguardo, in particolare per prevenire la guerra e limitare le sue conseguenze sulla salute.

Parole chiave Guerra. Emergenza sanitaria. Crisi umanitaria. Medici

La guerra rappresenta una delle minacce più severe alla salute umana. La World Health Assembly del 1981 affermava che il ruolo degli operatori sanitari nel promuovere e preservare la pace rappresenta un fattore significativo per raggiungere la salute per tutti (1). Scopo di questo contributo è di descrivere i principali effetti che la guerra ha sulla salute e delineare il ruolo dei professionisti sanitari nella loro prevenzione e attenuazione.

Il Rapporto Mondiale su Violenza e Salute della Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) distingue tre principali forme di violenza collettiva (2):

1. Guerre, terrorismo e altri conflitti politici che hanno luogo all'interno o tra stati.
2. Violenza perpetrata da parte dello stato come genocidio, repressione, sparizioni, torture e altri abusi dei diritti umani.
3. Violenza e criminalità organizzata come il banditismo e guerre tra bande armate.

Le guerre danno in genere luogo a "emergenze complesse", ossia a "crisi umanitarie caratterizzate da una totale o considerevole disgregazione dell'autorità" (3). Esse uccidono e mutilano i soldati che le combattono, ma molto più devastanti, in termini numerici, sono le cifre dei civili che muoiono o soffrono per malattie e disabilità nel periodo che segue la fine del conflitto. Si stima che nel corso del ventesimo secolo siano morti per cause belliche dirette o indirette circa 191 milioni di persone: oltre la metà civili (4). Per ogni morto in guerra, altri 9 muoiono come sua conseguenza (5). Per ogni morto in guerra, dalle due alle 13 persone vengono ferite (6). A ogni morto che si ha dopo la fine di una guerra si aggiungono molti altri che devono affrontare dure sofferenze.

Una guerra produce enormi sconvolgimenti sociali ed economici: intere popolazioni devono abbandonare le case; infra-

strutture, reti sociali ed ecosistemi vengono distrutti, avvengono abusi dei diritti umani. I severi danni alla salute delle popolazioni sono dovuti a sovraffollamento, malnutrizione, esposizione a vari tipi di rischi, contagi, traumi, lesioni di varia natura, violenze sessuali e malattie epidemiche che esplodono. Particolarmente vulnerabili sono i rifugiati e gli sfollati: i tassi di mortalità di questi ultimi durante i recenti conflitti nel continente africano sono stati da quattro a settanta volte superiori a quelli registrati nei gruppi di popolazione non colpiti dal problema (7).

Le carestie sono conseguenze quasi inevitabili; chi coltiva la terra è costretto ad abbandonarla, i raccolti sono distrutti e gli animali uccisi; i lavoratori nelle città rimangono senza lavoro a causa della disintegrazione delle infrastrutture e del mercato del lavoro. La guerra civile e il largo utilizzo di mine sono stati responsabili dell'abbandono dell'80% delle terre coltivate in Angola; in molti Paesi, compresi la Cambogia e l'Afghanistan, vaste aree di terre da coltivazione rimangono, a causa delle mine, abbandonate per decenni dopo la fine del conflitto responsabile del loro impianto (8). Il danno alle infrastrutture locali accresce enormemente i rischi di malattie. I rifornimenti d'acqua vengono interrotti o contaminati a causa dei danni arrecati alle centrali di depurazione, alle stazioni di distribuzione, alle tubature e ai centri di rifornimento. I programmi di igiene pubblica collassano, i generi alimentari vengono contaminati a causa dell'assenza di refrigerazione; nelle regioni fredde non è più disponibile il riscaldamento domestico e le macerie che si accumulano facilitano la moltiplicazione di topi, zanzare e altri insetti. In tali condizioni le malattie hanno grande facilità di sviluppo e la mortalità aumenta rapidamente.

Un documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) descriveva l'impatto potenziale della guerra in Iraq poco dopo il suo inizio:

Per corrispondenza:
Angelo Stefanini
e-mail: angelo.stefanini@unibo.it

“I movimenti di popolazioni e l'affollamento in locali temporanei aumentano il rischio delle epidemie di malattie a diffusione attraverso l'acqua come il colera, le febbri tifoidee e le dissenterie... Nel più lungo termine, l'interruzione delle attività di sorveglianza sulle malattie diffusibili nell'intera popolazione, il tracollo dei programmi di salute pubblica, il danno alle strutture sanitarie e il malfunzionamento dei sistemi igienici e di distribuzione dell'acqua porteranno a un aumento delle malattie, ulteriori sofferenze e maggiori tassi di mortalità. Crescerà l'incidenza delle infezioni acute delle basse vie respiratorie, delle diarree e delle malattie prevenibili con le vaccinazioni. Si avranno esplosioni di malattie infettive, compresi il morbillo, la meningite meningococcica, la pertosse e la difterite. Si potranno anche osservare nuovi tipi di malattie come quelle che in precedenza erano tenute sotto controllo” (9).

Meno visibile è l'eredità lasciata dal conflitto in termini di traumi, danni psicologici e livelli di violenza domestica. Anche la violenza e lo sfruttamento sessuale dilagano in modo caratteristico con la disintegrazione della sicurezza interna e del controllo sociale e con l'impotenza procurata dalla espropriazione dei beni primari. Vi si accompagna un aumento del rischio di infezione da HIV, la cui attuale pandemia è verosimile sia conseguenza della rapida diffusione di una infezione inizialmente altamente localizzata, ma poi estesa attraverso violenze sessuali di massa compiute durante guerre civili (10). Le popolazioni di militari in tutto il mondo presentano elevati livelli di infezione da malattie sessualmente trasmesse (da due a cinque volte quelli riscontrati tra i civili). Le situazioni di conflitto che implicano un vasto contatto tra militari e civili mettono questi ultimi a forte rischio (11). Le donne giovani sono soggette a gravidanze indesiderate e pratiche di aborto. In Liberia si stima che l'80% delle ragazze sfollate abbiano praticato almeno un aborto prima dei 15 anni di età e che si siano avute gravidanze in giovani di 11 anni. La stessa gravidanza comporta dei reali rischi all'età di 10-14 anni, età in cui è cinque volte più probabile morire per complicazioni che in donne di 20-24 anni (12).

Il sistema sanitario di un Paese può essere profondamente danneggiato dalla guerra

interrompendo così, nel breve termine, la fornitura di servizi sanitari essenziali e programmi di sanità pubblica, e nel lungo termine, accrescendo il costo e la complessità del ripristino della salute della popolazione ai livelli precedenti l'inizio del conflitto. In periodo bellico, ospedali e ambulatori, attrezzature e dotazioni mediche, documentazioni e cartelle cliniche e amministrative vengono distrutte o saccheggiate in modo casuale o sistematico, il personale sanitario rimane decimato a causa di morti e feriti, mentre il sistema di approvvigionamento e distribuzione di farmaci ed equipaggiamento sanitario viene profondamente sconvolto. Anche le attività di prevenzione e profilassi vengono gravemente compromesse: i programmi di vaccinazioni sono sospesi, i progetti speciali di controllo di particolari malattie vengono interrotti e i bisogni di interventi di sanità pubblica si accumulano nelle zone rese inaccessibili dalla situazione bellica (13). Nel 1994 in Bosnia-Erzegovina meno del 35% dei bambini poté essere vaccinato, a confronto con il 95% del periodo precedente l'inizio delle ostilità (14).

Le cause prime dei problemi descritti sopra sono essenzialmente endogene; le sanzioni imposte dalla comunità internazionale allo scopo di modificare la condotta di regimi oppressivi possono avere un impatto estremamente severo sulla salute e il benessere dei civili. Secondo la OMS, come risultato delle sanzioni imposte all'Iraq, nel periodo 1994-98 la mortalità infantile è aumentata dal 47 al 108 per mille nati vivi, mentre la mortalità nei bambini al di sotto dei 5 anni di età è passata nello stesso periodo dal 58 al 136 per mille (15). L'impatto del conflitto sul sistema sanitario dell'Iraq è stato descritto efficacemente dal Dr. David Nabarro dell'OMS. Confrontando la situazione in Iraq (immediatamente seguente al bombardamento della sede delle Nazioni Unite a Baghdad nell'estate 2003) con quella del 1980, quando la popolazione irachena godeva di un discreto stato di salute, un buon sistema sanitario e un ragionevole tenore di vita, ha affermato:

“...il risultato [della scarsità di risorse al sistema sanitario] e delle sanzioni, oltre ad altri fattori, è stato quello di condannare una comunità a soffrire profondamente sotto tutti gli aspetti (16)”.

La natura dei conflitti

Secondo la *Carnegie Commission on Preventing Deadly Conflicts*, i fattori che mettono gli stati a rischio di violento conflitto sono così riassumibili

- Assenza di un processo democratico e ineguale accesso al potere
- Disuguaglianza sociale con distribuzione e accesso alle risorse profondamente ineguali
- Controllo di importanti risorse naturali da parte di un singolo gruppo
- Rapidi mutamenti demografici che superano la capacità dello Stato di fornire servizi essenziali e opportunità di lavoro (17).

I conflitti odierni avvengono sempre più all'interno degli Stati anziché tra di loro: fatta eccezione per 7, tutti i 110 conflitti che hanno avuto luogo tra il 1989 e il 2000 sono state guerre civili (18). Gli Stati coinvolti in guerre civili sono in genere i meno sviluppati in termini regionali e assoluti. Nel 2002, dei 20 Paesi con l'Indice di Sviluppo Umano più basso, 16 erano interessati da conflitti o ne erano appena emersi.

Esiste un legame inesorabile tra guerra e sottosviluppo. Un recente rapporto della Banca Mondiale afferma:

“La guerra ritarda lo sviluppo, ma, viceversa, lo sviluppo ritarda la guerra. Questo doppio rapporto causale dà luogo a circoli viziosi e circoli virtuosi. Laddove si ha sviluppo, i Paesi divengono progressivamente più protetti dal conflitto violento, rendendo così più facile il conseguente sviluppo. Laddove non si ha sviluppo, i Paesi si trovano ad alto rischio di venire presi nella trappola del conflitto che sconvolge l'economia e accresce la probabilità di ulteriori guerre” (19).

Il rapporto identifica due tipi di Paesi a maggiore rischio di guerra.

- Il primo è costituito da quelli a basso reddito che non sono riusciti a portare avanti nessun tipo di politiche, di *governance* e di istituzioni che diano luogo a una crescita ragionevole e a diversificazione economica. Questi Paesi sono caratterizzati da declino economico, dipendenza dai prodotti da esportazione, basso reddito pro capite e profonda disuguaglianza nella distribuzione delle ricchezze

– Il secondo gruppo di Paesi è rappresentato da quelli che sono caduti nella trappola della guerra. Il conflitto indebolisce l'economia e lascia un lascito di atrocità. Esso inoltre dà luogo a leader e a organizzazioni che hanno tutto l'interesse a perpetuare la violenza e ad avvantaggiarsi da questa. La sfida principale per lo sviluppo di questo gruppo di Paesi risiede nell'elaborare interventi internazionali che siano efficaci nello stabilizzare la società durante il primo decennio post-bellico.

La stabilizzazione e la ricostruzione post-bellica sono estremamente costose. Uno studio della Commissione Carnegie, citato nel rapporto del Segretario Generale alla 55ª sessione dell'Assemblea delle Nazioni Unite nel giugno 2001, stimava che la comunità internazionale aveva speso circa 200 miliardi di dollari USA nelle 7 maggiori operazioni di *peace-keeping* degli anni '90, confrontati con i 70 miliardi utilizzati nelle azioni preventive. Gli Stati Uniti spendono oltre 4 miliardi di dollari al mese in Iraq. Due mesi di queste spese equivalgono al totale annuale dei prestiti facilitati concessi dalla Banca Mondiale ai 78 Paesi più poveri del mondo. Con meno della cifra di un mese si potrebbero nutrire per un anno tutti gli affamati del pianeta. Nel 2003 la guerra in Iraq era costata più dei fondi richiesti globalmente per raggiungere i cosiddetti *Millennium Development Goals* per il 2015 (20). Gli Stati Uniti, che al momento sostengono oltre la metà delle spese mondiali per la difesa, avevano proposto nel 2003 un budget dell'ordine di 349 miliardi di dollari; un aumento di 48 miliardi rispetto al 2002. A confronto, un rapporto dell'UNDP del 1998 stimava che 9 miliardi di dollari sarebbero sufficienti ad assicurare l'accesso universale ad acqua e servizi igienici; con 12 miliardi si potrebbero fornire servizi per la salute riproduttiva a tutte le donne del pianeta; con 13 miliardi si potrebbero assicurare a tutti gli esseri umani servizi sanitari e nutrizione di base; con 6 miliardi, istruzione primaria per tutti (21).

La salute come dimensione della sicurezza umana

Recentemente sta emergendo un nuovo paradigma che, mettendo in relazione i due concetti di "sicurezza" e "sviluppo", un

tempo separati tra loro, collega la sicurezza alla protezione della persona anziché alla protezione della integrità territoriale dello Stato-Nazione. In questo modo esso riconosce che in effetti spesso è lo Stato che costituisce la maggiore minaccia per i propri cittadini. Questo nuovo modo di pensare è espresso attraverso il concetto di "sicurezza umana" (*human security*).

Questo concetto venne introdotto nel Rapporto delle Nazioni Unite sullo Sviluppo Umano del 1994, che dichiarava che "*il raggiungimento della sicurezza umana sta nello sviluppo e non nelle armi.*" Gli elementi essenziali di questo concetto sono contenuti nella formula "*libertà dal bisogno e libertà dalla paura*", a suo tempo usata dagli stessi fondatori delle Nazioni Unite. Il Rapporto descrive la sicurezza umana nel senso di sicurezza dalle minacce della fame, delle malattie, dei crimini e delle oppressioni e di protezione dall'improvviso e doloroso sconvolgimento della vita quotidiana. Sette aree vengono identificate in cui la sicurezza può venire compromessa: la sicurezza economica, alimentare, sanitaria, ambientale, personale, comunitaria e politica (22).

La salute è sia causa che effetto della insicurezza. I livelli di malattia in Paesi che rappresentano una maggioranza della popolazione mondiale pongono una diretta minaccia alla loro sostenibilità politica ed economica nazionale e quindi agli interessi economici e politici globali di tutti Paesi. Le dispute territoriali non costituiscono più la causa principale dei conflitti, che invece sono sempre più radicati nella lotta per le risorse, nelle cattive gestioni, nei prodromi delle crisi umanitarie, nelle carenze di cibo e acqua e nella diffusione della povertà e delle malattie. Investire nella salute globale significa quindi investire nella sicurezza nazionale.

L'epidemia di HIV/AIDS fornisce una potente descrizione degli effetti destabilizzanti della morbosità e mortalità prematura. Colpendo soprattutto la popolazione dei giovani adulti, nucleo produttivo di una società, essa devasta la famiglia e le strutture di supporto che tengono insieme le comunità e le società. Ma questo effetto non è limitato al caso dell'AIDS. Tutte le malattie debilitanti nelle comunità povere ritardano la capacità produttiva e possono agire da devastante drenaggio delle scarse

risorse esistenti quando le famiglie cercano disperatamente di far fronte ai costi del trattamento. La malattia è sia un prodotto che un acceleratore della povertà.

La Commissione sulla Sicurezza Umana sostiene che tre sono le sfide strettamente collegate alla sicurezza umana: le malattie infettive su scala globale, le minacce alla salute generate dalla povertà e la violenza in tutte le sue forme, collettiva, interpersonale e auto-inflitta (23). In particolare, il terrorismo che sembra avere ormai radicalmente trasformato gli scenari internazionali trova un terreno particolarmente fertile nei Paesi caratterizzati dal fallimento dello Stato. La medicina e la sanità pubblica hanno ruoli importanti anche se indiretti da svolgere nell'assicurare pace e stabilità ai Paesi in via di collasso. La salute potrebbe rappresentare la più efficace misura anti-terroristica da potere utilizzare (24).

Ruolo dei professionisti sanitari

Per delineare le principali modalità con cui i professionisti sanitari potrebbero svolgere un ruolo importante, si potrebbe pensare alla guerra (ma anche ai profondi mali sociali che affliggono il nostro mondo) come a un complesso processo patologico che attacca l'organismo globale rappresentato dal genere umano (25). Questa malattia ha fattori di rischio che vanno eliminati (prevenzione primordiale) o modificati (prevenzione primaria) e sui cui effetti si deve intervenire (prevenzione secondaria). Una volta che la malattia-guerra ha ormai determinato il danno, non rimane che curare e riabilitare (prevenzione terziaria). Gli epidemiologi, come gli altri operatori sanitari, svolgono un ruolo importante in ogni fase di questo processo, ruolo che è più vasto del limitarsi semplicemente a misurare i rapporti tra esposizioni ed effetti. Per affrontare efficacemente il processo patologico, "si deve giocare con l'intero mazzo di carte": non importa quanto esperti siamo nella nostra specifica disciplina, né quanto importanti siano le tecniche di studio che possediamo; per migliorare la salute dobbiamo fare uso di un insieme di strumenti socio-culturali di analisi (politici, economici e storici) e diventare veri e propri attivisti e avvocati della salute.

Un esempio attuale di questo approccio ci viene dai Territori Palestinesi Occupati dove l'ufficio locale dell'OMS sta tentando

di predisporre uno strumento per descrivere la terribile condizione vissuta dalla popolazione. Precedenti studi epidemiologici condotti da varie organizzazioni internazionali e locali hanno rilevato la difficoltà di evidenziare in tutta la sua drammaticità l'attuale immane crisi umanitaria, attraverso il semplice uso di indicatori di salute convenzionali come mortalità, morbosità e accessibilità ai servizi sanitari. È necessario elaborare metodologie e strumenti che permettano di rappresentare e misurare il dramma vissuto dalle famiglie, dalle comunità e da quella intera società: una sorta di "epidemiologia della sofferenza" (26). Le dinamiche e la distribuzione della sofferenza sono ancora troppo poco comprese. I medici possono forse alleviare le sofferenze del malato, ma spiegare la loro distribuzione all'interno della società richiede nuovi approcci che incorporino le biografie individuali in una più vasta matrice culturale, storica e di politica economica. Le forze sociali ed economiche che determinano le condizioni di vita della famiglia di Yussuf o di Amina sono responsabili anche della situazione in cui si trovano milioni di individui. È nel contesto di queste forze globali che la sofferenza di singole persone acquista la dimensione più appropriata. La lettura degli eventi che determinano la sofferenza di enormi quantità di persone sfugge alle semplici analisi quantitative. Come è possibile veramente interpretare le statistiche che parlano di milioni di morti a causa di guerre e carestie? Davvero i numeri rivelano l'agonia, il tormento, le domande che questi individui pongono al significato delle loro vite individuali e della vita in quanto tale? A Stalin viene attribuita l'affermazione: "Un morto è una tragedia, un milione di morti è una statistica".

"È possibile elaborare un modello analitico, con potere esplicativo e predittivo, per cogliere profondamente la sofferenza in un contesto globale?" si chiede Paul Farmer in un libro, che recensiamo a pagina 170 e che è da proporre come testo alle scuole di specializzazione in sanità pubblica (27). L'analisi deve essere innanzitutto geograficamente vasta e storicamente profonda, propone l'autore, evitando pericolosi riduzionismi (economico, di genere, sociale, etnico/razziale) che, presi isolatamente, allontanerebbero dalla comprensione dei meccanismi perversi che stanno alla base

della violenza strutturale e della natura e distribuzione della sofferenza estrema di cui tale violenza è responsabile. La violenza strutturale si annida non soltanto nella rete di odio di cui è in parte la *driving force*, ma anche nelle varie forme di ingiustizia economica e sociale, di *apartheid* etnico, religioso e culturale, che, come diceva Vicente Navarro per l'America Latina, "fanno sì che l'equivalente di 20 bombe nucleari esplodano ogni anno senza fare il minimo rumore" (28).

Gli operatori sanitari, soprattutto quelli di Sanità pubblica e gli epidemiologi, possono fare molto al riguardo, in particolare per prevenire la guerra e limitare le sue conseguenze sulla salute. Per esempio, partecipando alla sorveglianza e alla documentazione degli effetti che le guerre hanno sulla salute e dei fattori che le provocano; impegnandosi nella educazione e nella coscienza sulla salute; promuovendo e sostenendo azioni che prevengano la guerra e le sue conseguenze; lavorando direttamente nella prevenzione della guerra. L'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale (OSG) cerca di affrontare il discorso della salute in una dimensione in cui povertà, diritti umani, guerra e *global governance* vengono inseriti in quel quadro di giustizia globale senza il quale i concetti fondanti della nostra professione perdono senso (29). Oltre a pubblicare un Rapporto annuale (30), l'OSG sta cercando di promuovere l'introduzione delle problematiche di Salute Globale all'interno dei curricula delle facoltà mediche in varie università, nella convinzione che le strutture che alimentano l'ingiustizia sociale ed economica, e che in molti casi sono alla base dell'odio e delle guerre, rappresentano la maggiore minaccia alla salute pubblica (31). ♦

Bibliografia

- (1) WHA 34.38. In: Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the Executive Board, Volume II, 1973-1984. Geneva: World Health Organization, 1985:397-8.
- (2) World Health Organisation. World Report on Violence and Health. WHO, Geneva 2002.
- (3) Ibid. p. 215.
- (4) Ibid. p. 218.
- (5) Murray CJL, King G, Lopez AD, Tomijima N, Krug EG. Armed conflict as a public health problem. *BMJ* 2002;324:346-9.

(6) Ibid.

(7) Rehn E and Johnson Sirleaf E. Women, War and Peace. The Independent Experts' Assessment on the Impact of Armed Conflict on Women and Women's Role in Peace-building. New York, United Nations Development Fund for Women 2002.

(8) United Nations. Prevention of Armed Conflict: Report of the Secretary-General to the General Assembly. 55th Session, June 2001.

(9) World Health Organisation. Potential impact of conflict on health in Iraq. Briefing note: March 2003. www.who.int/features/2003/iraq_briefing_note/en/print.html. Sito visitato il 18.4.2003.

(10) Collier P, Elliot VL, Hegre H, Hoeffler A, Reynat-Querol M and Sambanis N. Breaking the conflict trap: civil war and development policy. Washington, World Bank and Oxford University Press 2003.

(11) Rehn and Sirleaf, op. cit., p. 40, 2002.

(12) Ibid., p. 39.

(13) World Health Organisation, Conflict and Health Working Paper. June 2000. www.who.int/disasters/hbp/conflictandhealth.

(14) Horton R. On the brink of humanitarian disaster. *Lancet* 1994;343:1053.

(15) WHO Eastern Mediterranean Regional Office. Health and Human Security. Document for the 49th meeting of the Regional Committee. www.emro.who.int/RC49/Documents-4907.htm.

(16) UN Press Briefing, Geneva, 22 agosto 2003.

(17) World Health Organisation. Op. cit. p. 220, 2002.

(18) World Health Organisation. Op. cit., 2002.

(19) Collier P, Elliot VL, Hegre H et al. Op. cit., 2003.

(20) www.oxfam.org/eng/pdfs/doc030412_jere_speech_idrri.pdf.

(21) Worldwatch Media Release, 9 October 2001.

(22) United Nations Development Programme, Human Development Report 1994: New Dimensions of Human Security. New York, Oxford University Press 1994.

(23) Commission on Human Security. Human Security Now. Washington, Communications Development Inc. pp. 97-8, 2003.

(24) Horton R. Public health: a neglected counter-terrorist measure. *The Lancet* 2001;358:1112-3.

(25) Editorial. Can medicine prevent war? *BMJ* 1998;317:1669-70.

(26) Pedersen D. Political violence, ethnic conflict, and contemporary wars: broad implications for health and social well-being. *Social Science and Medicine* 2002;55:175-90.

(27) Farmer P. Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor. Berkeley: University of California Press, 2003.

(28) Navarro V. The economic and political determinants of human (including health) rights. In *Imperialism, Health and Medicine*, pp. 53-76. Baywood Pub. Co. Farmingdale, New York, 1974.

(29) www.saluteglobale.it.

(30) Osservatorio Italiano sulla Salute Globale. Rapporto 2004 - Salute e Globalizzazione. Feltrinelli, Roma 2004.

(31) Stefanini A. Troppi atenei sordi e miopi sui mali della povertà. *Sole24ore Sanità*, 22-28 febbraio 2005, pp. 20-1.

Le vaccinazioni: una complessità in aumento

Luisella Grandori

Responsabile prevenzione vaccinale ACP

Parole chiave Complessità. Vaccinazioni. Politiche vaccinali

La prevenzione attraverso le vaccinazioni presenta oggi elementi di forte innovazione e, al contempo, di grande complessità. Assistiamo al paradosso di una sempre maggiore disponibilità di nuovi vaccini per malattie rare nei Paesi più ricchi e alla contemporanea crescente difficoltà a garantirne un uso appropriato e commisurato ai bisogni complessivi di salute e alle risorse disponibili. Oltretutto le risorse per proteggere la salute della popolazione stanno diminuendo ovunque e la ventilata direttiva Bolkestein (1), con i suoi tagli drastici all'assistenza pubblica, potrebbe avere un impatto cruciale sulle tutele sociali e sanitarie anche in Europa. Negli USA, pochi anni orsono, l'Institute of Medicine fece appello allo Stato perché venisse garantita l'accessibilità alle vaccinazioni, prevedendo altrimenti un possibile pericoloso calo delle coperture e il conseguente ritorno di epidemie (2). In Italia, già ora, assistiamo a differenti regimi di offerta tra le varie Regioni e all'apertura di ambulatori vaccinali privati. E non è da escludere che anche la gratuità dei vaccini possa essere a rischio, nell'ipotesi, benché ufficialmente e da più parti negata, di una progressiva privatizzazione dell'assistenza sanitaria.

Se tutto ciò è vero per i Paesi ad elevato benessere economico, il paradosso risulta ancor più evidente se si allarga la visuale ai Paesi in grave difficoltà che sono i 4/5 del mondo. Qui le malattie prevenibili con le vaccinazioni sono ben più frequenti e devastanti, ma i vaccini scarseggiano. A complicare il quadro, si aggiunge l'aperta richiesta dell'industria del farmaco di ricavare maggiori guadagni dalla vendita dei vaccini in tutto il mondo (3).

Le valutazioni di impatto sono divenute oggi più sofisticate e arrivano a prefigurare i futuri scenari con modelli matematici; il che aggiunge interrogativi e rende più difficili le scelte.

Le modificazioni genetiche, se pur sporadiche, di alcuni microrganismi (come il virus della parotite, o la Bordetella pertussis); la pressione selettiva verso diver-

si sierotipi (come si è riscontrato per lo pneumococco); i cambiamenti dell'epidemiologia delle malattie (come il ritorno della pertosse) sono eventi che possono conseguire all'estensione delle vaccinazioni e contribuiscono ad aumentare la complessità della realtà da indagare e su cui intervenire.

Anche la percezione e l'attesa di salute della popolazione, condizionata da molteplici fattori, possono essere incongruenti con i bisogni prioritari e l'offerta sostenibile, e rappresentare un ulteriore elemento di criticità nelle decisioni.

Il fenomeno sempre più frequente della periodica carenza di vaccini o la scomparsa di prodotti utili ma di scarso interesse per il mercato (come il vaccino monovalente contro la rosolia) risolveva infine il problema, non semplice, del rapporto tra l'industria del farmaco e il "governo" della salute da parte degli Stati.

Si rende perciò oggi ancor più evidente la necessità di disporre di strumenti adeguati e di metodologie rigorose, gestite da agenzie indipendenti per valutare, decidere, programmare e sorvegliare gli effetti delle azioni intraprese.

Ciò non appare di facile attuazione in Italia e la peculiarità della situazione, aggiunge ulteriori elementi di criticità. Basti pensare al federalismo regionale, alla mancanza di indicazioni nazionali sui criteri decisionali e sulle priorità, alle storiche debolezze organizzative di alcune aree del Paese, alle difficoltà di coordinamento delle azioni (sorveglianza e strategie) e dell'informazione sia in ambito nazionale che locale. Le Regioni, che stanno decidendo le nuove strategie vaccinali per il triennio 2005-2007, si trovano quindi di fronte a multiple problematiche. Anche dove si dispone di buoni sistemi organizzativi e di una buona sorveglianza delle malattie, la valutazione epidemiologica e delle priorità non è semplice e a ciò si aggiunge l'assillo di pressioni esterne malamente gestibili. Prima fra tutte, l'attesa della popolazione, in balia di informazioni spesso gestite al di fuori e in contraddizione con quelle date dalle Istituzioni e dagli operatori dei servizi territoriali. Questo avviene periodicamente per l'an-

tinfluenzale nei bambini sani, o per le "meningiti". Per non parlare della notizia pubblicata su Repubblica, mesi fa, sull'esistenza di un fantomatico Piano Nazionale contro morbillo e varicella, anziché contro morbillo e rosolia congenita; la notizia era stata rilasciata con dovizia di particolari da autorevoli professionisti! Si direbbe che il governo dell'informazione su temi tanto delicati, sia completamente sfuggito di mano alla sanità pubblica. E questo accresce ulteriormente le difficoltà dei decisori. È un fatto inoltre che rare morti per meningite da pneumococco o da meningococco C avvengano, e si tratta di eventi difficilmente accettabili per chiunque, specie in aree ad elevato benessere economico, sapendo che esiste un vaccino che, forse, avrebbe potuto evitarle. Altre morti, ben più numerose, come ad esempio quelle per incidenti stradali, vengono vissute come una fatalità, hanno un minore impatto emotivo, pochi giornali o convegni ne parlano con enfasi pari alle morti per malattie infettive.

Mancano infine l'educazione e l'abitudine a una valutazione complessiva dei problemi di salute dell'infanzia, che renderebbero più agevole stabilire priorità, specie se venissero condivise, insieme alle motivazioni, con la popolazione informata correttamente da fonti indipendenti.

La recente pubblicazione del "Rapporto sulla salute del bambino" a cura del CSB e dell'ACP ci potrebbe aiutare a contestualizzare anche l'innegabile valore delle vaccinazioni, poste però in un orizzonte più ampio e realistico nel quale siano chiare le priorità indicate nel Rapporto. ♦

Bibliografia

- (1) Direttiva Bolkestein. Schede riassuntive sul sito di Attac Italia: http://italia.attac.org/spip/article.php3?id_article=518.
- (2) Institute of Medicine. Financing vaccines in the 21st century. The National Academies Press, 2003. <http://www.iom.edu/report.asp?id=14451>.
- (3) Rappuoli R. et al. The intangible value of vaccination. Science 2002;297:937-8.

Per corrispondenza:

Luisella Grandori
e-mail: luisegra@tin.it

Naufragi e salvataggi in *Quando sei nato non puoi più nasconderti* di Marco Tullio Giordana

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi

Sandro è un ragazzino di 12 anni, figlio unico di genitori benestanti. Suo padre, Bruno, ha una piccola impresa nel bre-sciano, dove lavorano anche extracomunitari provenienti da diversi Paesi e ormai inseriti nella comunità locale. Arrivano le vacanze e Bruno decide di intraprendere, con un amico, una crociera in barca a vela nel Mediterraneo. Porta con sé anche l'inesperto Sandro il quale, una notte, lascia la cabina, si sporge imprudentemente e viene sbalzato in mare. Quando il padre se ne accorge è troppo tardi e il bambino viene dato per morto. Invece, qualcuno l'ha miracolosamente tirato fuori dal fondo marino un attimo prima che annegasse e l'ha issato a bordo di una carretta del mare che trasporta immigrati clandestini in rotta verso l'Italia. Sulla barcaccia il ragazzo stringe amicizia con Radu, un diciassettenne romeno che viaggia con la sorellina Alina, e si rende personalmente conto di una cruda realtà che fino a quel momento ignorava del tutto. Apprende le condizioni disumane degli immigrati, la lotta per la sopravvivenza, la prepotenza dei più forti, gli inganni degli scafisti: una lezione talmente drammatica da fargli passare in second'ordine persino la gioia di riabbracciare i suoi genitori. Finita l'odissea sul mare, per gli immigrati inizia quella sulla terraferma. Sandro, allora, insiste con i suoi genitori affinché si prodighino a favore dei nuovi amici. Gli sforzi per superare la burocrazia, però, vengono vanificati dalla paura e dalla disperazione, o se si vuole dall'ingratitudine. Radu e Alina rubano ai loro stessi benefattori e fuggono, lasciando Sandro nello sconcerto totale. Egli non capisce come si possano tradire la fiducia e l'amicizia e, dopo l'inevitabile delusione, va alla ricerca di Alina. La trova a Milano, all'interno di un edificio abbandonato che sembra un girone dell'inferno dantesco. Lasciata ogni speranza, attacca a una radio portatile come a un'inutile ciambella di salvataggio, Alina sta naufragando nel mare della prostituzione. Questa volta è Sandro a fare da salvatore: ripescia Alina e la trascina fuori dalla bolgia. Siamo alla fine del film. È

notte. I due ragazzi sono seduti ai bordi di una strada, con un panino in mano. Naufraghi sfiniti in attesa di aiuto, non sanno cosa fare, dove andare. La metropoli e il mondo intero hanno altro a cui pensare.

Forse eravamo abituati male. *Pasolini, un delitto italiano, I cento passi, La meglio gioventù*. Bei film che avevano fatto di Marco Tullio Giordana uno dei migliori registi italiani in circolazione. La cronaca aveva riferito anche di 10 minuti di applausi a Cannes e le aspettative erano aumentate. Da ciò il dispiacere nell'emettere di primo acchito un giudizio non entusiasmante. Che non significava bocciatura, ma solo delusione e amaro in bocca, perché *Quando sei nato non puoi più nasconderti*, pur essendo una bella storia su un tema dei nostri giorni, resta in bilico, come un racconto senza il finale.

A film digerito, però, si è scoperto che questo difetto poteva tramutarsi in pregio. Giordana non ha concluso la vicenda perché non la conclude lo stesso Sandro, e non risolve il problema dell'immigrazione clandestina perché l'Europa intera non l'ha ancora risolto. Chi sono e che fine fanno i disperati che sbarcano sulle nostre coste? Perché chiedere una risposta al cinema, quando nessun governo è stato ancora in grado di darla? E perché farla trovare a un bambino di 12 anni, scaraventato *ex abrupto* dalla sorte non solo dall'atmosfera allegra delle vacanze a quella drammatica della sopravvivenza, ma anche dalla serena adolescenza al tormentato mondo degli adulti?

La verità è che in Sandro – ma anche in Bruno, in mamma Lucia e nel Padre Celso del centro di accoglienza – c'è un pezzettino di noi; le loro perplessità sono le nostre. Proviamo commozione di fronte alle immagini televisive degli sbarchi di clandestini e ci irritiamo quando veniamo a sapere che alcuni di loro rubano e non rispettano la legge, partecipiamo alle gare di solidarietà di Theleton e scuotiamo la testa di fronte al mortificante spettacolo delle baby prostitute, organizziamo centri di accoglienza e ignora-

mo il mondo delle fogne. Sulle spalle di un bambino gravano interrogativi pesanti come macigni, a tal punto da mettere in crisi persino i valori universali dell'amicizia e della riconoscenza.

Nel film ci sono due diverse risposte a questi interrogativi. Da una parte quella di Bruno, che aveva accolto già da tempo nella sua piccola impresa gente di ogni colore. Quando, dopo la disgrazia e il miracoloso salvataggio, si industria per aiutare anche i salvatori di suo figlio senza riuscirci, trova logico abbandonare ognuno alla propria sorte. Dall'altra, quella di Sandro che non si rassegna e intraprende, come il protagonista di *Germania anno zero*, un viaggio solitario tra le macerie. Scopre che la società è sul punto di divorare Alina e le ricambia in certo qual modo il salvataggio, tirandola fuori dal vortice nel quale sta precipitando. Fino a che punto ci riuscirà? Il film non lo dice; non perché il regista non vuole dirlo, ma semplicemente perché non sa e non può. Come non lo sanno dire gli spettatori, quando smettono di vedere la storia filmica e iniziano a riflettere sul problema che essa pone. E questa, in fondo, è l'operazione che occorre fare per inquadrare nella giusta luce tutto il film. Accantonare il rigore critico e le perplessità che nascono a causa del cliché degli scafisti meridionali e senza cuore, dell'eccessivo girovagare di Sandro alla ricerca di Alina e della comoda metaforica soluzione finale e concentrarsi maggiormente su realtà che non vorremmo vedere, ma che esistono. Perché, indipendentemente dalle nostre risposte, chi è nato in qualsiasi angolo del mondo, anche se vuole, non può più sparire. ♦

Quando sei nato non puoi più nasconderti
Regia: Marco Tullio Giordana
Con: Alessio Boni, Michela Cescon, Rodolfo Corsato, Matteo Gadola, Andrea Tidona, Adriana Asti
Italia, Francia, GB, 2005; durata: 115'

Per corrispondenza:
Italo Spada
e-mail: italospada@libero.it

La grande avventura del leggere Proposte per i piccolissimi

Maria Letizia Meacci
Studiosa di letteratura per l'infanzia

Abstract

The great adventure of reading. Suggestions for very little children

For paediatricians involved in "Nati per Leggere", born from the USA Reach out and Read project, we thought useful to focus on books for very little children, published between 2002 and 2004. We asked Maria Letizia Meacci, a children's literary critic, a brief and schematic review. Only some examples are reported, considering the wide existing production for very little children. The suggested reading age is naturally only approximate.

Quaderni acp 2005; 12(4): 166-167

Key words Reading. Books for children

Abbiamo ritenuto utile per i pediatri che seguono il progetto Nati per Leggere fare il punto sui libri per bambini molto piccoli usciti dal 2002 al 2004. Ne abbiamo chiesto una breve e schematica rassegna a Maria Letizia Meacci, critica di letteratura per l'infanzia. Naturalmente si tratta solo di esempi della vasta produzione che l'editoria dedica ai più piccoli. L'età consigliata per le letture è del tutto indicativa.

Parole chiave Lettura. Libri per bambini

Libri "non di carta"

I libri per i bambini molto piccoli pur mantenendo la forma del libro, sono strutturati come giocattoli con materiali diversi dalla carta. Il bambino, infatti, apprende dapprima attraverso i sensi e apprezza la manipolazione di materiali morbidi di plastica e di stoffa. Anche in questa prima fase di approccio al libro, è essenziale la lettura ad alta voce dell'adulto; al bambino piace ascoltare il suono delle parole dei genitori che raccontano quel che c'è nel libro guardando le figure colorate.

Libri di plastica imbottita: da 5-6 mesi

Questi primi libri sono oggetti-giocattolo a forma di libro, di materiali atossici, di plastica imbottita, soffici al tatto, si possono portare alla bocca o far galleggiare durante il bagnetto. In genere sono senza parole, con immagini molto colorate. L'adulto nomina semplicemente le cose, gli animali, le persone rappresentati; questo avvia con il bambino un colloquio affettivamente gratificante e una comunicazione complice di conoscenze più ampie.

– *Miffy gioca con l'acqua*

D. Bruna, Panini 2003, euro 7,00

Miffy è una coniglietta dalla caratteristica bocca a X, presentata senza parole in vari atteggiamenti. Altro titolo: *Le prime scoperte di Miffy*.

Libri di stoffa: da 10-12 mesi

I libri di stoffa hanno pagine imbottite e morbide, spesso assumono forma di cuscino o

hanno all'interno pezzi staccabili con cui giocare e riattaccare con una manualità che si fa sempre più sicura. In questa il bambino comincia a interagire con i giocattoli a forma di libro. Anche qui l'adulto può indicare ciò che è rappresentato per risvegliare la curiosità del piccolo; nel caso di figure staccabili, può aiutarlo a riattaccarle, o insegnargli come fare ad alzare le alette o tirare le linguette per scoprire quello che è nascosto. Il libro può avere protagonisti gli animali, può presentare figure appartenenti al quotidiano del bambino, o scenette sottolineate da brevi frasi o da filastrocche. Il bambino ama la musicalità delle rime e il ritmo delle filastrocche soddisfa il suo naturale impulso ritmico che si manifesta nel movimento.

– *In giardino* (Collana Libri da polso) Mondadori 2004, euro 6,00

Libretto molto piccolo, morbido, con un'appendice da legare al polso del bambino. Sono raffigurati in maniera scherzosa una coccinella, un ragno e altri animaletti del giardino con i nomi corrispondenti. Altri titoli: *Allo zoo*, *Nell'acqua*, *Alla fattoria*.

Libri di spugna pressata e gomma rugosa: da 12 mesi

Sono libri colorati con pagine piuttosto spesse; vi sono intagliate delle figure staccabili. Nel vuoto lasciato, i bambini possono rimettere le sagome riconoscendone i contorni, per acquisire così una capacità manipolativa più

articolata e una connessione logica.

– *Forme* (Collana Spugnette)

ill. da B. Filipowich, Emme 2004, euro 9,40
La vela di una barchetta è un triangolo giallo, un cerchio arancione è il sole, un quadrato viola una casetta. Sono sagome da poter staccare e reinserire per stimolare la manualità e l'apprendimento.

– *Sulla strada* (Collana Spugnette rugose) K. Davis, EL 2004, euro 11,90

Un libro che sviluppa manualità e coordinazione perché, attraverso domande e risposte, fa conoscere i mezzi della strada che si possono staccare dalla spugna rugosa. Altri titoli: *Chi ha la pelle ruvida? Dinosauri*.

Libri di carta

Dopo questi primi libri al bambino si possono dare i cartonati e, quando comincia ad apprezzare le storie, gli albi illustrati perché oltre all'ascolto può ripercorrere la storia "leggendo" le immagini.

Libri cartonati: da 12 mesi

Fra i 12 e i 15 mesi la scoperta del mondo si fa più sicura, si assimilano nuove esperienze, nuove idee ed emozioni. I cartonati sono libri di varie dimensioni, da piccolissimi a più grandi, spesso quadrati, sagomati, fustellati, con pagine di grosso cartone che si girano con facilità e con tante illustrazioni a colori o fotografie. Per questa età si presentano articolati soprattutto dal punto di vista della manualità. Quindi sono "letti" attraverso attività plurisensoriali e manipolative perché spesso nelle pagine appaiono finestrelle da aprire per mostrare ciò che si nasconde, linguette da tirare e alette da sollevare per vedere dei particolari in un divertente gioco-scoperta. Alcuni cartonati hanno pagine ripiegate che si allungano o si alzano trasformando le scene in sorprese, o presentano dei buchi in cui il bambino può infilare le dita per un'esplorazione più profonda. Altri libri presentano sul cartone delle superfici fredde come la plastica, morbide e calde come il pelo o il panno, ruvide o lisce. È una gamma di sensazioni che viene offerta al bambino che così si avvicina al libro attraverso dimensioni diverse: visiva, tattile, termica etc. Questi libri-gioco o del

Per corrispondenza:
Maria Letizia Meacci
e-mail: ml.meacci@fin.it

nati per leggere

gioco-scoperta esplorano la realtà e aiutano il bambino a conoscere meglio le cose che stanno intorno a lui. L'adulto parlando, mostrando, toccando, interagisce con il bambino, ne sollecita la naturale curiosità e lo stimola a osservare e a ricordare.

– *Cinque piccole dita*

Nadja, Babalibri 2002, euro 7,23

Si possono far imparare i nomi delle dita, leggendo la simpatica filastrocca che sottolinea le immagini a colori.

– *La mia famiglia* (Collana I piccoli)
N. Costa, Fabbri 2003, euro 5,00

Presenta con brevi testi gli affetti più cari: la mamma che lo accompagna, la nonna che gli racconta le storie, la sorellina che non ha ancora i denti. Altri titoli: *I miei amici, Io e Orsetto, Io e gli animali*.

– *Il mio piccolo libro dei vestiti*

(Collana Il mio piccolo libro)

ill. da B. Garel, Mondadori 2004, euro 7,50
Calzini, scarpe, pantaloncini e altri capi di abbigliamento del bambino con il nome corrispondente. Altri titoli: *Il mio piccolo libro dei cibi, Il mio piccolo libro dei giochi*.

– *Quattro passi* (Collana Bimbi & Bimbi)
Crealibri-Edicart 2004, euro 7,50

Il libretto è attaccato a un rullo girevole che lo rende accattivante come un giocattolo. Foto di un bambino in movimenti successivi: "so muovermi, sorridere, scalfiare... e alzarmi per camminare".

Libri cartonati: da 15-18 mesi

La conquista del mondo circostante si consolida verso i 18-20 mesi. Il bambino possiede un buon vocabolario, sa muoversi con sicurezza, usa la manipolazione con una certa disinvoltura. I cartonati si presentano quindi più articolati sia dal punto di vista linguistico che da quello della manualità. Si arricchiscono ancor più di buchi tondi e frastagliati, di alette da alzare, di linguette da tirare, pagine da allungare, alzare e accarezzare.

– *Brum, Brum, Poppy Cat*

L. Jones, Emme 2003, euro 8,00

Vi sono inseriti dei materiali da toccare seguendo le vicende del gattino che va al parco giochi, si diverte sullo scivolo, sull'automobilina. Altri titoli: *Buona notte, Poppy Cat*.

– *Che verso fai?*

(Collana I nuovi libri con i buchi)

Mantegazza-Orecchia

La Coccinella 2003, euro 6,20

Un buco tondo, che via via rimpicciolisce, rappresenta l'occhio di molti animali che appaiono pagina dopo pagina e insegnano al lettore il loro verso. Altro titolo: *Gioco Tondo*.

– *Pimpa e... il pesce Totò* (Collana I cubetti)
Altan, Panini 2002, euro 3,10

Un piccolo libretto per una piccola storia di Pimpa, la famosa cagnolina a pois rossi. La sua barchetta sta per affondare e Pimpa affida al pesce volante Totò un messaggio per il suo amico Armando che risolve la situazione. Altri titoli: *Pimpa... e il fungo sognatore, Pimpa... e il topolino Lino, Pimpa... e le due lune*.

– *Spotty fa la torta*

E. Hill, Fabbri 2003, euro 9,00

Il famoso cagnolino e la sua mamma vanno a prendere gli ingredienti al supermercato e poi preparano insieme la torta per il compleanno di papà. Testo semplice con alette da alzare.

Albi illustrati: da 20-24 mesi

L'albo illustrato ha un formato più grande con immagini a colori e un testo scritto che narra una storia che ha un inizio, uno svolgimento e una fine. Il bambino che non possiede la tecnica per leggere la parola scritta, dopo aver ascoltato la storia dalla voce dell'adulto accostando ai suoni e al ritmo delle parole, gesti, sguardi, pause, può ricostruire quella storia attraverso il susseguirsi di illustrazioni. Le immagini mettono in luce un mondo più ricco di quello che le parole possono esprimere perché lo rendono più visibile attraverso dettagli che le frasi, semplici e adatte alla comprensione dei piccoli, non possono sempre spiegare. I bambini dovranno essere aiutati a riconoscere i personaggi, le azioni che li contraddistinguono, la "relazione spaziale" che lega più elementi, la successione temporale degli avvenimenti, perché c'è sempre un prima e un dopo nelle storie che si avvicendano nelle pagine da sinistra a destra e, infine, far capire che esistono delle cause che determinano situazioni nuove. L'illustrazione rappresenta gli avvenimenti che il testo scritto sottolinea, enunciando i motivi e le intenzioni che animano i personaggi. Perciò, per far comprendere la storia, è essenziale un'osservazione attenta con l'adulto, che a sua volta trova aiuto nel testo scritto per conoscere meglio gli avvenimenti. Gli albi illustrati per i piccoli o si richiamano a figure smitizzate delle fiabe come lupi o streghe, o riflettono il vissuto quotidiano dei bambini con i vari problemi che devono affrontare: la gelosia per la nascita di un fratellino, la pipì a letto, la paura del buio, il bisogno di affetto e di amicizia, il rapporto con gli adulti, la diversità, storie della natura e storie di un umorismo semplificato, che piacciono per la loro carica comica. In genere, protagonisti degli albi illustrati sono cuccioli di animali, liberi, coraggiosi, esempi di solidarietà, di rispetto per gli altri,

di generosità, capaci di trovare sempre soluzioni positive ai problemi.

– *Anch'io voglio il ciuccio*

B. Lindgren, O. Landstrom

Babalibri 2004, euro 12,00

Il maialino Benny è geloso del fratellino e gli ruba il ciuccio. Mentre fugge, tre maialini prepotenti glielo tolgono, ma interviene un cane amico, e Benny, ripreso il ciuccio, corre a ridarlo al piccolino.

– *C'è un ippopotamo nel lettino*

B. Masini, P. Valentini

Arka 2003, euro 12,40

Il bambino protagonista si sente grande e non vuole più il pannolino. Per giustificare notte dopo notte il letto bagnato, dice che sono passati un ippopotamo, una balena e una sirena. I genitori gli credono e senza sgridarlo, con pazienza e tanto amore, lo aiutano a superare il difficile momento.

– *Una fame da lupo*

L. Scuderi, Bohem press 2002, euro 12,86

Aprondo le pagine, che raddoppiano, si possono vedere via via gli animali ingoiati nella pancia di un lupo troppo ingordo, che, inseguendo una nuova preda, inciampa e li rigurgita facendoli finire su un albero dove non potrà più raggiungerli.

– *Gin Gian nella giungla*

L. Cousins, Mondadori 2002, euro 12,86

Il gioco simbolico del nascondino tra la madre e il suo piccolo lemure. Albo pieno di sorprese, con illustrazioni a vivacissimi colori in pagine di grande formato, fustellate, e di varie forme.

– *La mela e la farfalla*

I e E. Mari, Babalibri 2004, euro 11,00

Libretto senza parole che narra, attraverso semplici e belle illustrazioni la storia del bruco che diventa farfalla.

– *Serafino e la strega Sibilla*

P. Korky, V. Thomas

Piccoli 2004, euro 10,00

La strega Sibilla vive in un castello tutto nero con un gatto nero in cui inciampa sempre. Con la bacchetta magica lo fa diventare di vari colori. Il gatto offeso si rifugia su un albero. Sibilla che lo ama gli ridà il colore nero e cambia aspetto al castello facendolo diventare coloratissimo.

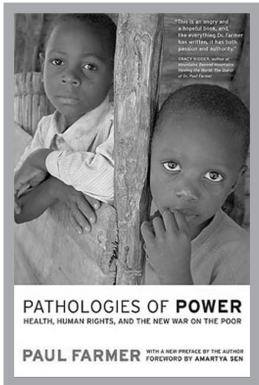
– *Tutti a nanna!*

J. Johnson, G. Hansen

La Margherita 2002, euro 12,50

Mamma Coniglia si riposa dopo aver messo a letto i piccoli, ma si sveglia Pallino che vuole il latte caldo, la ninna nanna, le coccole, ma quando finalmente si riaddormenta si sveglia il fratellino... ♦

Libri: occasioni per una



Paul Farmer

Pathologies of Power; Health, Human Rights, and the New War on the Poor
Berkeley University of California Press
2003, pp 402, dollari 18

L'Autore è un esperto di tubercolosi, e professore di Antropologia medica alla Harvard School. Egli afferma che la sanità e la tutela della salute sono un diritto di base per ogni uomo: di fatto il nostro mondo le sta fallendo. Secondo uno studio della Banca mondiale, dal 1993 a oggi, nell'Africa sub-sahariana "l'età mediana alla morte è a meno di cinque anni". Questa enorme disparità fra popoli ricchi e poveri circa l'attesa di vita non è casuale, non è accidentale e non è inspiegabile. Deriva dalle differenze dell'alimentazione, dell'abitabilità e non di meno dalla violenza strutturale delle società povere. Citando il teologo Jon Sobrino, Farmer sostiene che i poveri nel mondo non sono prodotti casuali della storia.

La povertà e l'infelicità conseguente derivano dalle azioni di altri esseri umani. Ma questo comporta appunto la non inevitabilità della povertà e la necessità di altre azioni umane per contrastarla. E il contrasto deriva anzitutto dal prenderne atto.

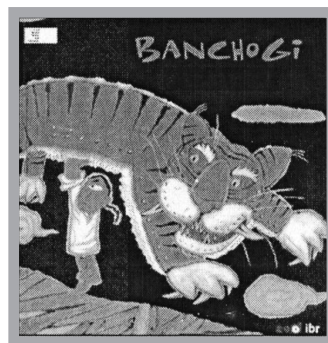
La rassegnazione è la scelta più ingiustificabile che si possa fare. Per quanto sia scoraggiante e complesso, gli uomini possono modificare queste circostanze inaccettabili facendo altre scelte. "Questo libro – dice Farmer – è lo sforzo di un medico-antropologo per diffondere la conoscenza che il diritto più elementare,

quello di vivere, deve essere tutelato specialmente in un'età di grande ricchezza come l'attuale.

L'Autore scrive a lungo dei suoi due decenni consumati nell'assistere i più poveri dei poveri. Riferisce storie cliniche raccolte ad Haiti, in Chiapas, in Perù, in Russia e a Cuba. Non sono "casi" occasionali, ma casi emblematici. Secondo Farmer una opinione e un progetto di azione si maturano più facilmente ascoltando con attenzione le voci dei poveri, le loro storie e non solo i pareri degli esperti di salute a Ginevra, Nuova York e Parigi. "Credo – scrive sempre Farmer – che le domande che ci vengono dal mondo della povertà siano le più forti e le più vere fra quelle che udiamo e che meritino risposte corrette".

Farmer sa molto bene che molti di noi chiameranno il suo "grido" retorico o vetero-idealista o del buon selvaggio, o dell'estremista arrabbiato, ma questo non fermerà la necessità che il grido continui e che manifesti la sua solidarietà intellettuale e praticamente operativa.

Dalla presentazione editoriale



Byoung Ho Han

Banchogi. Solo metà
Zoolibri, Collana Solidarietà, pp 30,
euro 12,50

La vita è fatta anche di piccole cose. *Banchogi* è un libro destinato ai più piccini, dedicato a nonni e genitori perché lo leggano a figli e nipoti, e vuole rappresentare un piccolo contributo per questo

nostro mondo, occidentale, opulento, individualista, che a volte pare avere dimenticato quanto siano importanti il confronto, il rispetto, la collaborazione, la diversità, la solidarietà per costruire una società dove prevalgano civiltà e tolleranza.

L'editore, Zoolibri, ha ideato una collana, *Solidarietà*, nella quale pubblica libri per sostenere associazioni nazionali impegnate nel sociale.

Questa volta i proventi saranno devoluti alla Federazione Associazioni Italiane Paratetraplegici (FAIP). Una occasione, dunque, per far conoscere la FAIP attraverso un libro che, come recita la quarta di copertina, parla del coraggio della diversità. *Banchogi* è una storia che fa parte delle leggende popolari coreane e racconta di una vecchia coppia che da tanto tempo desidera un figlio.

Il Buddha ascolta le sue preghiere ma un imprevisto fa nascere un bambino "mezzo": ha un solo occhio, un solo orecchio, un braccio e una gamba. La gente lo chiama *Banchogi* che, in lingua coreana, significa "solo metà". Nonostante la disabilità, *Banchogi* cresce forte, generoso e intelligente. Sarà grazie a queste sue qualità che riuscirà ad affrontare le difficoltà e a guadagnare l'amore di una ragazza.

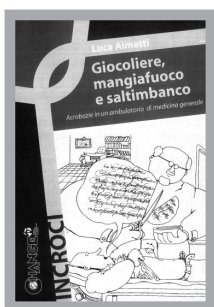
Insomma una favola a lieto fine all'insegna della migliore tradizione.

Le illustrazioni sono straordinarie, sembrano pannelli, murali coloratissimi. Il fondo nero di alcune tavole dà una forza straordinaria alle immagini, la lotta del protagonista con le tigri ha i colori di una battaglia epica e *Banchogi* ci conquista con quel suo occhio a tratti imbronciato, a tratti pensoso. Quando scappa con la sua bella, ha una mezza faccia di felicità che intenerisce.

Se il nome degli Autori è impronunciabile per noi, la traduzione del testo risente di uno stile orientale e nelle conclusioni, "*Anche le scarpe fatte di paglia sono formate da una coppia*", c'è tutta una filosofia che rimanda alla necessità degli umani di stare insieme e di condividere il bello e il brutto della vita ... almeno in due!

Anna Grazia Giulianelli

buona lettura



Luca Aimetti

Giocoliere, mangiafuoco e saltimbanco
Change 2005, pp 134, euro 12,00

Chi è giocoliere, mangiafuoco e saltimbanco? Secondo l'Autore il medico di famiglia o medico di medicina generale o medico di base.

Il sottotitolo è, infatti, "Acrobazie in un ambulatorio di medicina generale".

Dice Giorgio Bert, nella bella prefazione, che il medico è un attore di strada e modifica l'azione in base a quanto gli arriva dal pubblico. "D'altra parte, per improvvisare variazioni sul tema, è necessario che l'attore sia padrone di una tecnica di base perfetta e si eserciti di continuo per mantenerla".

Ecco, quindi, perché il medico di famiglia è simile all'attore di strada: da un lato deve saper ascoltare, essere creativo e disposto al cambiamento, ma dall'altro deve essere capace di condurre e guidare. Per quale ragione segnalare il libro di Aimetti? Perché questa rivista si occupa di "narrative medicine".

In questo libro, al centro della narrazione, ci sono i complessi e dinamici legami che connettono il medico e il paziente.

L'Autore, nel primo capitolo, definisce la posizione del medico di base come strategica, perché si colloca in una posizione di confine.

I luoghi di confine sono difficili da gestire, ma anche interessanti perché sono i luoghi del dubbio. La narrazione del paziente non potrà che facilitare il medico nel dare un senso al suo lavoro di tutti i giorni, superando le frustrazioni della burocratizzazione e del non essere "specialista". Nel recupero della dimen-

sione comunicativa e relazionale, l'Autore ritrova il senso della sua professione e il piacere della sua relazione d'aiuto.

Il libro si legge con grande piacevolezza e può essere distinto in una prima parte, maggiormente centrata sulle riflessioni dell'Autore, e in una seconda, basata più sui colloqui con i pazienti.

Un'ultima considerazione merita il contesto (la collina torinese) che connota gradevolmente tutti i personaggi, a partire dal medico.

Michele Gangemi



Federico Moccia

Tre metri sopra il cielo
Feltrinelli 2004, pp 125, euro 10,00

Probabilmente questo libro non è molto "politically correct", visto che parla anche di edonismo adolescenziale allo stato puro e di giovani picchiatori neofascisti, ma io mi sono comunque fatto avvincere dalla storia dei giovani protagonisti, che poco o molto assomigliano ai nostri figli adolescenti.

Perciò ne consiglio la lettura a chiunque voglia immergersi in uno "spaccato" di vita adolescenziale contemporanea, da genitori o da pediatri.

Si è trattato comunque probabilmente del caso letterario italiano del 2004 e ha venduto moltissime copie. Vi ho incuriositi?

3MSC, questa è l'abbreviazione che circola fra i teen-agers (figuratevi che il libro è stato pubblicato a puntate anche sul settimanale "Cioè", lettura preferita di mia figlia dodicenne), è stato negli anni un vero e proprio caso editoriale: nel 1992 una piccola casa editrice ne pubblicò 3000 copie che andarono subito

esaurite e perciò il libro ha cominciato a girare in fotocopie fra i giovanissimi romani e di tutta Italia e altrettanto in forma di fotocopia circolava prima della pubblicazione di Feltrinelli.

Anzi ora la Casa Editrice, spinta dal successo, ha dato alle stampe la versione integrale e originale del 1992, con 70 pagine in più ed è già uscito anche il film, che però non è altrettanto interessante.

3MSC è la storia romantica e dura allo stesso tempo, divertente e drammatica, di un gruppo di adolescenti romani, Step e Babi, i protagonisti, i loro amici dai nomi strani e divertenti (Pollo, Pallina, Schelmo...) sullo sfondo di una vita di clan, di gruppo, molto realistica, movimentata e intensa; un microcosmo di vite arrabbiate che cerca di sollevarsi tre metri sopra il cielo.

Lei è una bravissima studentessa, lui un bieco picchiatore, palestrato e apparentemente senza altri interessi nella vita che la moto, una vita da sballo e piena di trasgressione... Sembra impossibile che possano incontrarsi e piacersi... ma non vi dirò come va a finire!

Certamente, grazie all'estrema credibilità di personaggi e situazioni, la storia avvince non soltanto i giovanissimi, cui certamente Moccia si rivolge, ma anche gli adulti (e i pediatri), che spesso sono incuriositi dalle nuove dinamiche del mondo giovanile, e questo libro è sicuramente una fedele rappresentazione di come vivono oggi molti ragazzi "difficili" e allo sbando.

È consolante che, anche fra i protagonisti di 3MSC, l'amore abbia ancora un ruolo di primissimo piano e venga vissuto e letto con tanto entusiasmo oggi come ieri o l'altro ieri. Anche se poi l'amore non è sufficiente...

Forse si potrà accusare Federico Moccia di essere stato un po', "furbo" nella scelta dell'argomento e lo stesso stile, asciutto, diretto e senza fronzoli, da sceneggiatura (del resto è conosciuto soprattutto come sceneggiatore per cinema e televisione, per esempio "domenica in"), piace molto ai giovani e magari è riuscito così ad avvicinarne qualcuno di più alla lettura.

Fabrizio Fusco

info: notizie

Il regolamento europeo per i farmaci "pediatrici" non risponde ai bisogni dei bambini

La Commissione Europea ha proposto, verso la fine del 2004, un regolamento europeo per favorire la commercializzazione di farmaci destinati ai bambini. Il Collettivo "Europa e Farmaci" (Collectif "Europe et Médicaments", *Médicines in Europe forum*: <http://www.prescrire.org/laLaUne/dossierEurope-Collectif.php>), nell'ambito del dibattito che ne è seguito, a cui anche l'ACP e il CSB sono intervenuti (Quaderni acp 2004;11:168), ritiene che questa proposta sia troppo lontana dai bisogni dei bambini. Entro la fine del 2005 il Consiglio d'Europa dovrebbe approvare il testo definitivo che diventerà esecutivo nel corso della prossima primavera 2006.

Il Collettivo "Europa e Farmaci" ha accolto favorevolmente l'iniziativa della Unione Europea di mettere a disposizione dei bambini e di coloro che li curano farmaci adatti. È dunque con interesse che il Collettivo ha esaminato la proposta di regolamento dei farmaci detti "pediatrici" depositata dalla Commissione Europea nell'autunno del 2004 (1).

La proposta apre la strada agli incentivi finanziari per stimolare lo sviluppo di farmaci pediatrici:

– per le sostanze protette da brevetto o da un certificato di protezione: obbligo di presentare un piano di ricerca pediatrica nel momento in cui si richiede l'autorizzazione alla commercializzazione (escluso il caso di un farmaco che non riguarda i bambini), e allungamento della durata di protezione se il piano è realizzato, anche se l'autorizzazione non viene accordata;

– per le sostanze che non sono più protette dal brevetto: una nuova autorizzazione alla commercializzazione specifica, per uso pediatrico, con ricompensa importante in termini di durata di protezione dei dati.

Ma, come è abitudine per i testi proposti dalla Direzione Generale delle Imprese della Commissione Europea, questo progetto è centrato sulle preoccupazioni finanziarie delle ditte farmaceutiche e sulle misure tecniche suscettibili di dare loro risposte conseguenti: lascia l'intera iniziativa alle industrie, scostandosi dall'obiettivo di dotarsi di tutti i mezzi possibili per curare i bambini sempre meglio, come previsto dalla Sanità pubblica.

Il concetto di commercializzazione per uso pediatrico esiste da sempre

La commercializzazione di farmaci concepiti apposta per i bambini, e di farmaci con indicazioni sia per adulti che per bambini (qualche volta in forme, dosaggi, presentazioni differenti), è stata da sempre possibile, e molte industrie hanno immesso sul mercato europeo dei farmaci senza essere particolarmente incentivati a farlo. Le Agenzie Regolatorie, invece, non hanno messo in evidenza il fatto che i dossier di valutazione che accompagnano la richiesta di autorizzazione alla commercializzazione erano particolarmente insufficienti.

Il concetto di farmaco pediatrico non è dunque nuovo. Ciò che è in gioco, oggi, è la capacità di dare un nuovo impulso alla ricerca pediatrica per trovare dei farmaci adatti ai bisogni non ancora soddisfatti.

Partire dai bisogni dei bambini che non hanno farmaci adatti a curarli

Secondo il comunicato della Commissione Europea che ha presentato la proposta di un regolamento, l'obiettivo ufficiale è di "migliorare la salute dei bambini in Europa (...)". Per rispettare questo obiettivo, non si tratta di favorire la crescita del numero dei farmaci pediatrici nei campi già provvisti di mezzi preventivi o curativi, e neppure di favorire la creazione, da parte delle industrie farmaceutiche, di falsi bisogni come già fanno per gli adulti, ma di incentivare lo sviluppo di mezzi terapeutici preventivi o curativi ben definiti, rivolti a quei settori della medicina ancora sprovvisti di cure efficaci per i bambini e per coloro che li curano.

I bambini europei sono in buona salute, e molti non hanno bisogno di nuovi farmaci

La gran parte dei 100 milioni di bambini che vivono nell'Unione Europea è in buona salute, grazie soprattutto alla sorveglianza pre e post-natale, alla vaccinazione, all'accesso all'acqua potabile ecc., e non ha affatto bisogno di farmaci. La priorità è la prevenzione primaria, in particolare nutrizionale, per evitare ad esempio, che diventino obesi, vedi diabetici.

Per molte affezioni che richiedono un trattamento farmacologico è già disponibile sul mercato europeo un gran numero di farmaci adatti ai bambini. Si è ben lontani dal "deserto terapeutico" descritto da diversi mezzi di comunicazione quando fu lanciata l'iniziativa

va europea sui farmaci pediatrici. Certi farmaci sono troppo (o mal) utilizzati nei bambini, come si rileva dai seguenti esempi: l'eccessivo impiego di antibiotici per via sistemica fa temere lo sviluppo accelerato di resistenze batteriche; gli antiasmatici prescritti a dosi sempre più elevate, dopo diagnosi approssimative, provocano effetti indesiderabili; gli antidepressivi, sempre più utilizzati, fanno temere comportamenti auto-aggressivi e tendenti al suicidio; il *metilfenidato* è sempre più utilizzato, anche quando la diagnosi di iperattività non è appropriata.

La priorità è quindi di ritornare a un uso razionale dei farmaci già disponibili.

Non confondere la formulazione farmaceutica con la complessità della valutazione clinica

In alcuni casi che si riferiscono ai bambini di certe fasce di età mancano le formulazioni farmaceutiche, i dosaggi, o le presentazioni adatte di sostanze il cui rapporto beneficio/rischio è già stato stabilito come favorevole per i bambini. In situazioni di questo tipo conviene incoraggiare la messa a punto di farmaci adatti, facendo appello a tecniche farmaceutiche e a studi di farmacocinetica, ma non a una valutazione clinica complementare. La messa a punto è quindi poco costosa. Per altri gruppi di bambini ci si trova davanti all'assenza di una valutazione clinica di farmaci utilizzati fino ad ora in maniera empirica, quindi a un bisogno di ricerca più fondamentale, quando le cause stesse della malattia e i mezzi per combatterla sono mal conosciuti. La realizzazione di studi clinici con i bambini interessati o l'apertura di nuove linee di ricerca richiedono risorse umane e finanziarie. In questi casi sono benvenuti gli incentivi. I bisogni specifici dei differenti gruppi di bambini devono dunque essere identificati con cura, in modo da concentrare su di essi i mezzi più adeguati, per trovare le soluzioni nel minor tempo possibile.

Incentivi finanziari proporzionali alle spese di ricerca

Un esame attento dei dossier di valutazione dei farmaci pediatrici già disponibili sul mercato europeo mostra differenze importanti. In alcuni casi la ditta farmaceutica non ha fatto altro che mettere a punto gli aspetti farmaceutici, accompagnati da uno studio di bioequivalenza. In altri casi ha fatto eseguire studi clinici, più o meno grandi, secondo un

sulla salute

protocollo più o meno complesso e per una durata più o meno lunga.

Se ammettiamo che sia necessario remunerare gli sforzi che vengono fatti per la ricerca, la ricompensa deve essere proporzionale agli sforzi compiuti. Un livellamento delle ricompense, come quello previsto nella proposta di un regolamento (+ 6 mesi di protezione per i farmaci tuttora protetti dal brevetto, + 2 anni per i farmaci orfani [già protetti per 10 anni], e 8 + 2 anni per i farmaci che non sono più protetti), rischia di indurre due fenomeni: da una parte, una distorsione a vantaggio dei farmaci che fruiscono di cifre importanti di affari, e dei farmaci ancora protetti per i quali le industrie desidereranno allungare la protezione; dall'altra un livellamento verso il basso della qualità della valutazione.

In conclusione: priorità per i bisogni dei bambini e non dell'industria

Il Collettivo "Europa e Farmaci" sottolinea che, se il progetto intende rispondere a un problema reale, circoscritto ma importante, è necessario cominciare ad analizzare con precisione i bisogni reali dei bambini e di coloro che li curano e successivamente definire le priorità. Gli incentivi predisposti devono essere messi a disposizione delle priorità. Devono riguardare sia la ricerca pubblica che quella privata, ed essere proporzionali agli sforzi di ricerca e sviluppo consentiti. Le ricerche devono essere realizzate nella più grande trasparenza, soprattutto per ciò che riguarda gli effetti indesiderati che insorgono anche durante la sperimentazione.

Se la proposta di regolamentazione dei farmaci pediatrici fosse adottata nella forma attuale, si andrebbe verso lo sviluppo di un mercato pediatrico che non risponde ai bisogni dei gruppi di bambini più bisognosi di trattamenti, ma che aumenta il consumo farmaceutico inutile e rischioso per gli altri bambini.

Il Collettivo "Europa e Farmaci" ritiene che il testo debba essere modificato e orientato verso la Sanità pubblica, il cui obiettivo è di migliorare la salute dei bambini nell'Unione Europea. Per orientare gli sforzi verso la ricerca occorre realizzare un censimento rigoroso dei bisogni reali, attraverso istanze indipendenti e con finanziamento pubblico. Gli incentivi alla ricerca devono riguardare sia le istituzioni pubbliche che quelle private. L'iniziativa non deve essere lasciata alla buona volontà delle industrie farmaceutiche

private. Le regole del gioco devono essere chiare per evitare slittamenti e l'utilizzazione non appropriata degli incentivi e dei fondi messi a disposizione. Le ricompense devono essere proporzionali agli sforzi per la ricerca e lo sviluppo di farmaci realmente necessari. Deve anche essere rafforzata la farmacovigilanza negli studi clinici pediatrici.

(Traduzione a cura di Aurora Bonaccorsi, IRFMN Milano)

(1) Proposta di regolamentazione del Parlamento e del Consiglio relativo ai farmaci utilizzati in pediatria, che modifica il regolamento (CEE) n° 1768/92, la direttiva 2001/83 CE e il regolamento (CE) n° 724/2004. Sito internet <http://pharmacos.eudra.org/F2/Paediatrics/index.htm> (documento di 57 pagine).

Sperimentazioni di farmaci per bambini e semestre europeo inglese

Il Regno Unito intende potenziare durante il proprio mandato di Presidenza dell'Unione, che avrà inizio in luglio, la sperimentazione di farmaci per l'infanzia.

Attualmente, tra il 50 e il 90 per cento dei medicinali somministrati ai bambini non è stato sperimentato sulla loro fascia di età specifica, vale a dire che molti farmaci non vengono formulati tenendo conto delle caratteristiche dei pazienti più giovani. Di conseguenza, per le terapie sui bambini i medici e i clinici non dispongono di orientamenti chiari sul farmaco più idoneo e sul dosaggio più adatto.

"I bambini non sono semplicemente degli adulti in miniatura, sono fisiologicamente diversi sotto molti punti di vista di estrema importanza", ha dichiarato nel corso di una conferenza stampa Alistair Kent, direttore del Genetics Interest Group (GIG). "Nessun genitore desidera vedere il proprio figlio trattato alla stregua di una cavia [...]. D'altra parte, in assenza di ricerca medica specifica di qualità elevata, è evidente che i bambini continueranno a soffrire", ha aggiunto, ribadendo che la normativa sulla medicina pediatrica tutelerà la salute dei più piccoli e potrebbe salvare molte vite. (CORDIS RST-NOTIZIARIO Comunità europee: 2005-20;05)

La città invisibile di Milano

Il Gruppo Osservatorio del Naga (Associazione Volontaria di Assistenza Socio-Sanitaria e per i Diritti di Stranieri e Nomadi;

info@naga.it) ha l'intento di approfondire la riflessione collettiva sulle tematiche migratorie, allo scopo di fornire una fotografia delle reali caratteristiche sociali, culturali e politiche del fenomeno migratorio con particolare attenzione ai migranti senza permesso di soggiorno. Obiettivo non meno importante è di dare visibilità al fenomeno, documentando e facendo conoscere l'attività svolta, al fine di contribuire a diffondere conoscenze e prassi e aprire una riflessione attenta su un tema spesso dominato da luoghi comuni e false verità. Alla luce della carenza di studi approfonditi in tema di immigrazione irregolare, il Naga ha ritenuto opportuno dare voce a una realtà locale e nazionale. Ha pubblicato un Rapporto sull'attività svolta nel triennio 2000-2002 dal Gruppo di Medicina di Strada nelle aree dismesse e nelle baraccopoli di Milano dal nome "La città invisibile". Il Rapporto è consultabile/scaricabile da www.naga.it/immigr_ricerche_strada.html.

Latte artificiale e obesità

I neonati sono spesso ipernutriti, soprattutto chi assume il latte artificiale. Lo dice l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Lo studio è stato presentato a Londra alla London School of Hygiene e dall'International Obesity Task-Force. Venti anni fa si credeva che i bambini allattati al seno crescessero troppo poco nei primi due-tre mesi. Le mamme erano spinte ad aggiungere la dieta dei loro figli con latte artificiale. Secondo lo studio dell'OMS su 8440 bambini di due-tre anni di sei Paesi diversi, i pesi consigliati sono più elevati del 15-20% rispetto ai valori ritenuti corretti.

L'Agenzia dell'ONU promette di rendere pubbliche le nuove tabelle entro la fine del 2005. La FAO (Agenzia per l'alimentazione e l'agricoltura) riferisce che le nuove indicazioni suggeriranno fabbisogni alimentari inferiori del 7% rispetto agli attuali. (Chs/Adnkronos Salute 4 febbraio 2005).

Latti uguali

Altroconsumo ha pubblicato sul numero di maggio 2005 una comparazione fra sei latti con un range di prezzi da 10 a 28 euro al kg. Le conclusioni: "Abbiamo trovato alcune differenze nel tenore di alcune vitamine e nutrienti minori (inositolo, colina, taurina) che non incidono sul valore nutrizionale complessivo del latte". ♦

Meglio dormire soli che "bene" accompagnati?

Dormire nel lettone con i genitori ha conseguenze sul sonno dei bambini?

In uno studio del 2004 Cortesi e coll. (Developmental and Behavioral Pediatrics 2004;25:28-33) hanno condotto una indagine su 901 bambini romani di età scolare (6-12 anni) con l'uso di un questionario ai genitori sulle abitudini del sonno e sui problemi comportamentali dei figli. Hanno riscontrato che il 5% dei bambini dormiva nel lettone coi genitori per tutta la notte, almeno quattro notti a settimana. Più precisamente questi bambini, chiamati *cosleepers*, erano il 7,9% a 6-7 anni, il 4% a 8-9 anni, il 3,5% a 10-11 anni. Hanno confrontato i bambini *cosleepers* coi *non cosleepers* e non hanno riscontrato differenze significative per i problemi comportamentali. Uno studio longitudinale condotto da Okami e coll. negli USA (Developmental and Behavioral Pediatrics 2002; 23:244) ha dato gli stessi risultati. Gli Autori italiani, però, hanno riscontrato nei *cosleepers* una incidenza significativamente superiore di disturbi del sonno, intesi come difficoltà nell'addormentarsi, risvegli notturni, ansia relativa al sonno. Gli Autori commentano che in genere i genitori dei *cosleepers* riferiscono di aver dato l'abitudine del lettone in seguito ai problemi di sonno presentatisi fin dal 2° anno di vita. Concludono che questa pratica può rappresentare una risposta dei genitori ai problemi di sonno precoci dei figli.

Tuttavia, trattandosi di uno studio trasversale e retrospettivo sui dati anamnestici familiari, si potrebbe ipotizzare anche l'inverso, e cioè che l'abitudine precoce sin dai primi mesi di vita a dormire nel lettone e non nel proprio lettino, possa interferire sull'acquisizione dei propri ritmi fisiologici del sonno e determinare più spesso i disturbi del sonno.

Particolarmente approfondita è la ricerca di Husley e Thomas del 2001 (Developmental Psychobiology 2002;40:14) che hanno registrato il sonno dei *cosleepers* e dei *non cosleepers* a 5 settimane e a 6 mesi di vita. Riferiscono che i parametri del sonno dei *cosleepers* presentano variazioni ampie ed estreme a seconda che dormano da soli o nel lettone (fatto questo che concerne la maggior parte dei *cosleepers* dato che questi dormono da soli per alcune ore del giorno e anche per una o più notti alla settimana). Quando

dormono da soli, i *cosleepers* hanno fasi più lunghe di sonno profondo, fasi più brevi di sonno attivo e meno risvegli, mentre quando dormono nel lettone hanno fasi brevi di sonno profondo e frequenti risvegli. Gli Autori concludono che il sonno profondo, registrato quando dormono da soli, è del tutto simile al sonno profondo che segue periodi di stress (da malattie ecc.) e ritengono quindi che il *cosleeping* sia un evento stressante capace di interferire con la fisiologica acquisizione dei ritmi del sonno. Rispetto al dubbio se la SIDS sia favorita o contrastata dall'abitudine del *cosleeping*, essi ipotizzano che il sonno profondo dei *cosleepers*, quando dormono da soli, possa esporli a un maggior rischio di SIDS. Quanto al fatto che storicamente nella cultura contadina o non occidentale i bambini abitualmente dormivano nel letto con gli adulti, questi Autori replicano che nei tempi antichi il bambino dormiva sempre nel lettone e non in maniera intermittente o parziale come oggi in Occidente e che, riguardo alla morte improvvisa, non si dispone di dati epidemiologici storici anche se, per quanto riguarda tale fenomeno nelle società antiche, C. Klapisch-Zuber (*La famiglia e le donne nel Rinascimento a Firenze*. Laterza, 1988) riferisce, a partire da una raccolta delle carte delle famiglie borghesi fiorentine del XVI secolo, che il 15% dei neonati deceduti nei primi sei mesi di vita durante il balitico muore perché "affogato" involontariamente dalla balia o dal balio durante il sonno. Quanto alle differenze culturali, Latz e coll. (Arch Pediatr Adolesc Med 1999; 153:339) hanno effettuato uno studio su bambini *cosleepers* americani appartenenti a famiglie bianche, ove la pratica del *cosleeping* non è una norma culturale, e su bambini *cosleepers* appartenenti a famiglie giapponesi, ove questa pratica è una norma culturale. Essi trovano che i disturbi del sonno sono presenti in maniera significativa solo nelle famiglie bianche americane.

Gli Autori ipotizzano quindi che i disturbi del sonno insorgano nelle famiglie occidentali, che non fanno propria la norma culturale del *cosleeping*, ma che la usano non come abitudine permanente, bensì in maniera non costante e non coerente per rispondere sin dai primi mesi di vita ai normali risvegli notturni o diurni del lattante. In seguito alla curiosità stimolata da questi dati della letteratura, nella ASL di Cesena è stata condotta una indagine, al bilancio di salute del 10° mese, su 1594 bambini rispetto alle abitudini e ai disturbi del sonno, con un questionario. Dalla indagine sui 1594 bambini risulta che:

- 349 bambini (22%) dormono nel lettone con i genitori
- 350 bambini (22%) hanno risvegli notturni frequenti
- 100 bambini (6,2%) hanno difficoltà nell'addormentarsi

Si è cercato di verificare se i disturbi del sonno fossero più frequenti nei *cosleepers* rispetto ai *non cosleepers* (tabella 1).

L'analisi delle correlazioni fra abitudine a dormire nel lettone e disturbi del sonno avvicina la nostra realtà a quella illustrata da Latz e coll. nella popolazione prescolare bianca americana: una pratica, per lo più intermittente e parziale, del dormire nel lettone che appare significativamente associata a disturbi precoci del sonno. In altre parole la famiglia media occidentale sembra pensare che il bambino debba dormire da solo ma, quando il bimbo si risveglia o piange, è tentata di prenderlo nel lettone, entrando allora in un circolo vizioso in cui un disturbo di sonno prima casuale o transitorio porta il bambino da un giorno all'altro ad alternarsi fra lettino e lettone, interferendo con i normali ritmi fisiologici del sonno e rendendo così persistente il disturbo di sonno iniziale.

Pare quindi giusto, come consigliano sia Lozoff (Developmental and Behavioral Pediatrics, 1996;17:9-12) sia Estivil (Fate la nanna, ed. Mandragora 1999), che il pediatra si interessi alle pratiche

TABELLA 1

	Numero di bambini	Risvegli notturni	Difficoltà di addormentamento
Cosleepers	349	132 (37,8%)	47 (13,4%)
Non cosleepers	1.245	218 (17,8%)	53 (4,2%)
p		< 0,01	<0,01

educative precoci sul sonno dei bambini e che consigli ai genitori di abituare il bambino ad addormentarsi da solo possibilmente prima dell'8°-9° mese di vita, ossia prima del periodo in cui è più intensa la fase dell'ansia da separazione.

Questa conclusione non sembra potere essere suggerita come fondata prima di ulteriori ricerche. Una indagine multicentrica sarebbe perciò opportuna, al di là della letteratura, ed è il motivo di questa lettera.

Francesco Ciotti
fciotti@ausl-cesena.emr.it

La profilassi della patologia da virus respiratorio sinciziale: una esperienza

La lettera di Carlo Corchia "A proposito di profilassi della patologia da VRS con Palivizumab" con relativa risposta del Direttivo SIN (SIN informa, n° 3-4, ottobre 2004) e un più ampio articolo sull'argomento pubblicato sulla vostra rivista (Quaderni acp 2004;11:262-5), mi inducono a esprimere alcune considerazioni, basate anche su osservazioni personali. I dati che riporto sono relativi ai pretermine di età gestazionale (EG) ≤ 32 settimane, ricoverati in Patologia e TIN dell'Università di Cagliari dallo 01/01/1997 al 31/12/2002.

Sino al 1998 ai genitori dei soggetti a maggior rischio (EG molto bassa o portatori di PDB) alla dimissione e ai successivi controlli di follow-up venivano illustrate, nell'ambito delle raccomandazioni sulla profilassi delle infezioni (vaccinazioni), le condizioni ambientali ottimali da garantire a domicilio; veniva sottolineata la opportunità/necessità di difendere, con misure rigorose, il bambino dalle infezioni, specie respiratorie, veicolate da conviventi, parenti, amici. Dopo le indicazioni dell'AAP (1998) non convinti, anche in base all'epidemiologia locale, che il Palivizumab (PVZ) dovesse essere impiegato estensivamente, per categorie, ma semmai su indicazione del caso, a nostro giudizio, o per ristrettissime categorie come suggeriva Panizon (Medico e Bambino 2000;4: 218), è stato introdotto uno specifico "pacchetto" sulla malattia da Virus Respiratorio Sinciziale (VRS) (1). Questo comprendeva informazioni dettagliate: 1) sulla bronchiolite da VRS e sui rischi della malattia; 2) sui possibili mezzi per ridurre il

TABELLA 1: NEONATI DI ETÀ GESTAZIONALE ≤ 32 SETTIMANE RICOVERATI (01/01/1997-31/12/2002) E NON SOTTOPOSTI A IMMUNOPROFILASSI CON PALIVIZUMAB

Età gestazionale (settimane)	≤ 28	29-32	≤ 32	
Ricoverati in Patologia e TIN	54	313	367	
Re-ricoverati per bronchiolite	VRS positivi	4	5	9
	VRS negativi*	2	6	8*
Totale	6	11	17	

* Per due si è reso necessario il ricovero in TIN

rischio: a) di infezione (profilassi "attiva" con rigorose misure ambientali-personali anticontagio); b) di ospedalizzazione (profilassi passiva con PVZ).

Si è ritenuto di dare una corretta informazione, spiegando che l'evidenza scientifica oggi disponibile documenta come sicuro vantaggio della profilassi con PVZ la riduzione del rischio di ospedalizzazione in caso di malattia; e questo è un punto a favore, anche se non garantibile al singolo. D'altro canto ci è parso doveroso chiarire che non c'è dimostrazione che il PVZ riduca il rischio di contrarre la malattia e, in caso di ricovero, non riduce la necessità di "intensivismo" o il tempo di degenza rispetto ai non trattati. E infine che la mortalità è la stessa, con PVZ o senza. In concreto, nel nostro Centro è stato impostato un progetto che, previa una chiara e completa informazione, prevedeva, accanto all'offerta di PVZ, e privilegiandolo rispetto a quest'ultima, il coinvolgimento dei genitori in un programma avente come obiettivo primario la profilassi dell'infezione da VRS (in soggetti esclusi, per età, dalla frequentazione di comunità infantili) attraverso rigorose misure anticontagio, soprattutto nell'ambiente domestico (2).

I dati di questa esperienza sono riportati nella *tabella 1*.

Su 367 pretermine di EG ≤ 32 settimane dimessi vivi nel quinquennio 1997-2002 e non sottoposti a immunoprofilassi passiva col PVZ ad eccezione di un caso, 17 sono stati re-ricoverati per bronchiolite. In 9 di questi (2,4%) l'infezione era sostenuta dal VRS. Da sottolineare che per nessuno dei bambini con bronchiolite da VRS si è reso necessario il ricovero in Terapia Intensiva, che si è verificato invece in due casi VRS negativi.

Il trattamento per categorie, come da indicazioni della AAP e raccomandazio-

ni della SIN, avrebbe comportato la somministrazione di uno o più cicli di PVZ a 367 bambini, che nel migliore dei casi avrebbe risparmiato l'ospedalizzazione a 4-5 soggetti, rispetto ai 9 casi registrati. Si sarebbero cioè trattati 83 bambini (82 inutilmente) per evitare un ricovero. Chiedersi se ne valga davvero la pena è "irriverente"? Non ci si può domandare, innanzitutto, se le raccomandazioni della AAP non siano, in questo caso, emanate per altre realtà, e non necessariamente applicabili a tutte le diverse e variabili situazioni ambientali?

E in Italia? Il rischio di malattia è lo stesso, per esempio, in Lombardia-Veneto e in Sardegna-Sicilia, con condizioni ambientali così diverse?

Che dire poi della riduzione del rischio di ospedalizzazione, unico vantaggio documentato del PVZ e base per le varie raccomandazioni? Se in Sardegna la frequenza di ospedalizzazione per bronchiolite da VRS nei pretermine ≤ 32 settimane non trattati è 2,4% (vs 10,6% in pretermine < 36 settimane non trattati e 4,8% nei trattati dell'Impact-RSV study), quali ragionevoli motivi dovrebbero convincere a raccomandare il PVZ? Anche perché è discutibile che la riduzione del rischio di ospedalizzazione sia un così gran vantaggio, a un "costo" – anche economicamente – così elevato!

La stessa AAP, sempre richiamata a sostegno della raccomandazione di effettuare la profilassi col PVZ, ma di cui mai vengono citate le riflessioni critiche presenti anche nell'ultima revisione (Pediatrics 2003;112:1442-6), afferma testualmente che "un aspetto critico della prevenzione nei soggetti ad alto rischio è l'educazione dei genitori e di chi si occupa della salute del bambino sull'importanza di ridurre l'esposizione al VRS e alla sua acquisizione". Perché dunque

non lasciare spazio anche ad altri possibili comportamenti?

Mentre è auspicabile che vengano individuate efficaci misure di immunoprofilassi attiva, perché escludere (fatte salve particolari situazioni ambientali) che mezzi semplici, non invasivi ed economicamente non onerosi, di profilassi igienico-ambientale, messi in atto da genitori-familiari fortemente sensibilizzati e da neonatologi e pediatri di famiglia convinti, non siano più produttivi (e chissà, più condivisi)?

(1) Rarissimi ricoveri per bronchiolite: dati aneddotici di anni precedenti e da una indagine ad hoc degli ultimi due anni.

(2) Sino all'allontanamento del sospetto malato o del bambino.

Stefano Chiappe
stefanochiappe@tiscali.it

I dati di Stefano Chiappe non hanno bisogno di alcun commento da parte nostra, ma vogliamo apprezzare la metodologia di lavoro di chi vuole rendersi conto di ciò che succede nel suo reparto e procede per prove. I dati ripropongono, comunque, il problema della validità di un uso eccessivamente estensivo di un farmaco costoso e questa rivista è più che disponibile ad accettare altre opinioni. Anche se una recente rassegna [Arch Dis Child (Fet Neonat) 2005;90:286] sembra tagliare veramente la testa al toro (cioè al PVZ).

La salute dei bambini della Nazione Europea più povera: il "Sud d'Italia"

Ho apprezzato moltissimo l'articolo "La salute dei bambini della Nazione Europea più povera: il Sud d'Italia", apparso su Quaderni acp (2005;2:51). Ha gettato una luce su un tema trascuratissimo dai media, e non percepito in tutta la sua gravità da chi, come me, lavora nel Nord Italia. Grazie per averci fatto conoscere una realtà inquietante quanto sottovalutata. Un cordiale saluto.

Franco Giovanetti
franzbormann@yahoo.it

Abbiamo ricevuto altri commenti, da parte di numerosi lettori, all'articolo di Maurizio Bonati e Rita Campi, proprio relativi alla mancanza di percezione del

problema del destino di salute dei bambini del Sud d'Italia. È consolante per una rivista che si occupa di bambini e di famiglie rendersi conto di soddisfare gli interessi dei lettori.

Così ho imparato a fare Nati per Leggere

Quando a me, pediatra di base, è stato proposto di aderire al progetto NpL, ho aderito con entusiasmo per il mio amore per la lettura e per il piacevolissimo ricordo delle serate trascorse nel "lettone" con i miei figli a leggere libri che appassionavano me e loro, il piacere condiviso di questa vicinanza dopo una giornata trascorsa al lavoro e lontana dai miei bambini. Sarebbe bastato questa mia onda emotiva per coinvolgere i "miei" genitori a leggere con e per i loro piccoli? Avrei giurato di sì; poi mi sono sorti mille dubbi.

Mi venivano in mente i volti dei genitori alle prime visite di controllo dei neonati, preoccupati per la crescita; angosciati da mille incertezze: mangia abbastanza? È cresciuto a sufficienza? Devo cambiare la mia alimentazione? E poi le coliche dei primi mesi che non fanno dormire né il giorno né la notte...

Potevo inserirmi in questi problemi con proposte di lettura?

"... cosa viene in mente a questa? ..."

"... non riusciamo a chiudere un occhio e questa ci parla di lettura ...". Temevo di essere inopportuna, accennavo timidamente al progetto, ma le mie proposte suonavano troppo accademiche; così non andava.

È bastata una breve riflessione per capire che il timore che il genitore fosse più interessato alla salute alimentare del bambino o alle vaccinazioni piuttosto che alla lettura: forse era semplicemente la mia mancanza di abitudine a trattare l'argomento. Nella realtà le mamme si sono dimostrate sensibili e interessate alla proposta di lettura precoce, una volta che se ne erano spiegati i benefici per la salute del loro piccolo. Siamo quindi noi pediatri che dobbiamo imparare a trattare questo argomento con la stessa naturalezza e convinzione con cui parliamo di vaccinazioni, prevenzione e alimentazione. Dobbiamo abituarci a considerarlo un argomento di nostra competenza e non

come una incombenza aggiunta da eseguire solo quando c'è tempo" ... "perché sono già anche troppe le cose da fare" ... "e in fin dei conti questo non è propriamente compito nostro..."

Insomma il consiglio deve essere integrato nella conversazione generale sulla salute del bambino e a ogni visita è bene ribadire l'importanza dell'argomento, chiedere al genitore se è riuscito a leggere al suo bambino, se gli è piaciuto, come ha reagito il bambino; il tutto in una conversazione amichevole; la mamma non deve sentirsi sotto esame!

Mi avvalgo della presenza in sala di attesa di locandine di NpL, e di cartelli colorati che attirano l'attenzione sull'argomento:

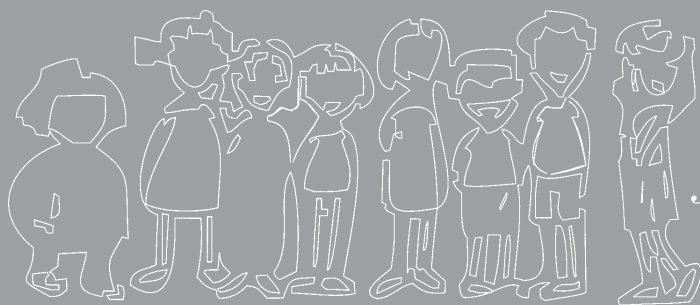
- sai cos'è la lettura affettiva? chiedi al tuo pediatra!!
- il pediatra consiglia una pillola di lettura almeno una volta al giorno;
- fai un regalo al tuo bambino: leggi con lui! ecc.

In sala d'attesa c'è una valigia di libri che i bambini possono leggere, sfogliare e prendere in prestito. Ai primi controlli inserisco nel libretto, anzi "librone" di salute, un depliant informativo che illustra brevemente il progetto NpL, i vantaggi (anche a lunga scadenza) per il piccolo e consiglia bibliografie per le diverse età del bambino. Distribuisco anche segnalibri con indicazioni bibliografiche e ne parlo, ne parlo...

Per i bimbi più grandi colgo occasioni che i genitori mi offrono parlandomi di alcuni momenti di difficoltà dei loro piccoli: paure, lutti, separazioni, nascite di fratellini, per consigliare letture che possono aiutare genitori e bambini. Così il progetto va avanti.

Ornella Righi
ornella.righi@libero.it

Pensiamo che la bella esperienza di Ornella Righi, pediatra di Piacenza, sia molto utile a chi vuole iniziare o continuare Nati per Leggere nel proprio ambulatorio; utile soprattutto a superare i dubbi e le perplessità che questa nuova pratica può suscitare nelle sue prime applicazioni, ma che poi si manifesta in tutto il suo fascino. Saremmo lieti di ricevere altri contributi che segnalino esperienze, difficoltà, successi, insuccessi. ♦



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.

Farmaci contro la tosse? Non sono efficaci

Oriana Testagrossa*, Emanuela Siclari**

*Pediatria libero professionista, Messina; **Specializzanda in Pediatria, Università di Messina

Abstract

Over the counter drugs for acute cough are ineffective

This scenario regards an 8 year old boy with cough whose parents ask for an "over the counter" (OTC) prescription. The Authors, searching through databases for systematic reviews, find one in the Cochrane Library. The review analyses 7 RCT regarding paediatric population, all of modest quality and showing inefficacy of OCT on cough. A Medline search for studies published afterwards shows an RCT on the use of dextromethorphan and diphenhydramine, but results describe an inefficacy of both drugs in respect to placebo in reducing acute cough.

Quaderni acp 2005; 12(4): 178-181

Key words Antitussive agents. Cough. Self medication

Il problema analizzato in questo scenario è quello di un bambino di 8 anni con tosse acuta, i cui genitori chiedono se sono utili farmaci da banco (OTC) contro la tosse. Pertanto ricerchiamo su banche dati revisioni sistematiche sull'argomento e ne troviamo una della Cochrane che analizza 7 studi su bambini, di cui gli RCT, di non eccellente qualità, risultano quasi tutti, eccetto uno, non mostrare efficacia sul sintomo tosse. Ricerchiamo su Medline studi pubblicati successivamente alla revisione analizzata, selezioniamo uno studio statunitense del luglio 2004 sull'uso del destrometorfano e difenidramina, i cui risultati però non mostrano alcuna efficacia dei due farmaci rispetto al placebo nel ridurre la tosse acuta.

Parole chiave Tosse. Farmaci antitosse. Automedicazione

Scenario clinico

Durante la frequenza dell'ambulatorio di pediatria di base, giungono in visita i genitori di A., un bambino di 8 anni. Da 5 giorni è comparsa una tosse secca, soprattutto nelle ore serali. "La tosse è fastidiosa", dice la mamma, "il bambino non riesce proprio a dormire di notte; si vede che non respira bene!".

Il bambino presenta, oltre alla tosse, secrezione nasale di tipo sieroso, un faringe lievemente iperemico, auscultazione del torace negativa.

Non c'è febbre, le condizioni generali sono buone, sembra proprio una banale flogosi delle prime vie aeree. Si tranquillizza la madre, che tuttavia chiede: "Ma non possiamo dargli qualche sciroppo che gli calmi almeno la tosse?".

La domanda che ci poniamo è se la somministrazione di un farmaco contro la tosse, appartenente al gruppo dei prodotti da banco (OTC), possa migliorare la sintomatologia clinica del nostro paziente.

Background

La tosse acuta, definita da una durata inferiore a tre settimane, è in genere secondaria a virus delle alte vie respiratorie. Una volta escluso che sia causata da malattie specifiche, quali asma, rinite allergica, broncopolmonite, laringotracheite, il pediatra di famiglia si trova a dover gestire un sintomo banale, che si autolimita, ma che spesso induce la prescrizione o l'autoprescrizione, da parte dei genitori, di OTC di dubbia efficacia. Gli antitosse rappresentano il 26% della spesa complessiva degli OTC, e costituiscono il 10% della spesa del SSN (1). È poi importante sottolineare che molti OTC sono carenti di valutazione di farmacovigilanza, per cui non disponiamo di dati circa i rischi connessi all'impiego e alle interazioni con altri farmaci (2).

Gli OTC antitosse sono sintomatici e vengono suddivisi in classi in base al loro meccanismo d'azione:

- sedativi della tosse, come destrometorfano e codeina, che hanno azione centrale o periferica;

- espettoranti, come guaifenesina, che incrementano la produzione di muco bronchiale e migliorano la clearance muco-ciliare;
- mucolitici, come acetilcisteina, bromexina e derivati, che diminuiscono la viscosità delle secrezioni bronchiali rendendole più fluide;
- antistaminici soli o in associazione con decongestionanti, come la combinazione di difenidramina e pseudoefedrina, che agiscono determinando vasocostrizione di vasi della mucosa bronchiale.

La domanda in tre parti

In un **bambino con tosse acuta** [POPOLAZIONE] la somministrazione di **farmaci antitosse** [INTERVENTO] confrontata con **placebo** o con **nessun trattamento** [CONFRONTO] migliora **la sintomatologia clinica?** [OUTCOME].

Strategia di ricerca

Cerchiamo nella letteratura secondaria l'esistenza di revisioni sistematiche e metanalisi su Cochrane Database Systematic Reviews (CDSR) e su Clinical Evidence inserendo il termine "Cough". Troviamo nella CDSR una revisione sistematica (3).

LA REVISIONE DELLA COCHRANE

Caratteristiche dello studio

Data di pubblicazione: agosto 2004

Tipo di studio: revisione sistematica

Criteri di inclusione: sono stati selezionati RCT che comparano OTC con placebo, somministrati a bambini e adulti con tosse acuta in un setting ambulatoriale. Gli Autori hanno considerato come outcomes primari la frequenza e la severità degli episodi, e come secondari gli effetti avversi. Hanno comparato solo farmaci appartenenti alla stessa categoria o con meccanismo d'azione simile e li hanno suddivisi in 6 sottogruppi: 1) seda-

Per corrispondenza:

Oriana Testagrossa

e-mail: oriana_testagrossa@yahoo.it

scenari

leggere e fare

TABELLA 1: RCT EFFETTUATI IN UNA POPOLAZIONE PEDIATRICA CON TOSSE ACUTA

Autore	Tipo di studio	Pazienti	Intervento (farmaco)	Outcome	Risultati	Commenti
Korppi, 1991a Finlandia (4)	RCT	50 bambini: età media 3,8 anni. Setting: ambulatori pediatrici.	<i>Sedativo</i> : destrometorfano 1,5 mg/ml; dose: 5 ml tid fino a 7 anni di età e 10 ml tid sopra i 7 anni vs placebo	Valutazione dei genitori con score clinico (frequenza e severità della tosse).	Riduzione dello score in entrambi i gruppi senza differenze.	Valore di <i>p</i> non riportato; effetti collaterali non segnalati.
Korppi, 1991b Finlandia (4)	RCT	51 bambini: età media 3,8 anni. Setting: ambulatori pediatrici.	<i>Sedativo e beta2-agonista</i> : destrometorfano 1,5 mg/ml + salbutamolo 0,2 mg/ml; dose: 5 ml tid fino a 7 anni di età e 10 ml tid sopra i 7 anni vs placebo	Valutazione dei genitori con score clinico (frequenza e severità della tosse).	Riduzione dello score in entrambi i gruppi senza differenze.	Valore di <i>p</i> non riportato; effetti collaterali non segnalati.
Taylor, 1993 USA (5)	RCT	57 bambini: età media 4,7 anni (18 mesi - 12 anni). Setting: ambulatori pediatrici.	<i>Sedativi ed espettorante</i> : destrometorfano 15 mg/5 ml e codeina 10 mg; dose: 5 ml in singola dose serale per tre giorni e guaifenesina 100 mg/5 ml vs placebo	Valutazione dei genitori con score clinico (da 0 a 4).	Riduzione media dello score di 2,2 con codeina e di 2,1 con destrometorfano vs 2,2 con placebo (<i>p</i> = 0,52 e 0,97 rispettivamente).	Segnalate sonnolenza, diarrea e iperattività nei 3 gruppi.
Nespoli, 1989 Italia (6)	RCT	40 bambini: età media 7,5 anni (2-12 anni). Setting: clinica pediatrica.	<i>Mucolitico</i> : letosteina 25 mg tid per 10 giorni vs placebo	Valutazione dei genitori con score clinico (da 0 a 3).	Riduzione della tosse nel gruppo trattati comparato al gruppo placebo (differenze tra i 2 gruppi tra 0,1 e 0,3 punti per giorno dal 4° al 10°); <i>p</i> < 0,01.	Score clinico non ben definito; effetti collaterali non segnalati.
Sakchainanont, 1990 Thailandia (7)	RCT	143 bambini: età media 23 mesi (1,5-60 mesi). Setting: ambulatori pediatrici.	<i>Antistaminici</i> : un gruppo trattato con clemastina fumarato (0,05 mg/kg/dose bid) e uno con clorteniramina maleato sciroppo (0,35 mg/kg/dose tid) per 3 gg vs placebo	Valutazione dei genitori con score clinico (da 0 a 4).	Miglioramento clinico nel 39,6% nei trattati con antistaminico e nel 27,6% dei trattati con placebo (<i>p</i> =0,2).	Insonnia riportata nel 20% dei bambini senza differenza tra i gruppi.
Clemens, 1997 USA (8)	RCT	59 bambini: età media 2 anni (6 mesi-5 anni). Setting: 4 ambulatori pediatrici.	<i>Combinazione antistaminico-decongestionante</i> : bromfeniramina maleato 2 mg/5 ml e fenilpropanolamina-idrocloridrato 12,5 mg/5 ml (da 6 mesi a 1 anno mezzo cucchiaino da tè, 2 cucchiaini a 5 anni) ogni 4 ore, se necessario fino a 48 ore vs placebo	Valutazione dei genitori con score clinico (da 0 a 7) dopo ogni dose.	Score medio della tosse nei trattati 4,67 vs 4,57 nel placebo; <i>p</i> =0,53.	Maggiore incidenza nei trattati di insonnia (46,6% vs 26,5%)
Hutton, 1991 USA (9)	RCT	96 bambini: età media 2 anni (6 mesi-5 anni). Setting: ambulatori pediatrici.	<i>Combinazione antistaminico-decongestionante</i> : bromfeniramina maleato 4 mg/5 ml, fenilefrina 5 mg/5 ml, propanolamina 5 mg/5 ml (dosaggio di bromfeniramina da 0,5 a 0,75 mg/kg/die) tid per 2 gg vs placebo vs non trattamento	Score clinico su 9 punti, con valutazione dei genitori o del medico, seguito da interviste telefoniche.	Miglioramento del 67% dei trattati, del 58% nel gruppo placebo e del 70% nel gruppo nessun trattamento (<i>p</i> =0,5, <i>p</i> =0,8 rispettivamente).	Alterazione dello stato di veglia in 3 bambini.
Reece, 1966 USA (10)	RCT	43 bambini: età media 3,6 anni (2 mesi-12 anni). Setting: ambulatori pediatrici.	<i>Altre combinazioni</i> : Triaminol sciroppo e Dorcol sciroppo pediatrico vs placebo	Valutazione dei genitori.	Risposta soddisfacente nel 69% dei due gruppi dei trattati nel 57% del gruppo placebo (<i>p</i> =0,5).	Durata e frequenza del trattamento non chiare. Effetti collaterali non segnalati.

tivi ad azione centrale, 2) espettoranti, 3) mucolitici, 4) antistaminici, 5) combinazione di antistaminici-decongestionanti, 6) altre combinazioni.

Risultati: su 24 studi selezionati, 7 prendevano in considerazione una popolazione pediatrica per un totale di 516 bambini di età compresa tra 6 mesi e 12 anni (tabella 1).

Conclusioni: gli Autori sottolineano che gli RTC hanno scarsa numerosità di pazienti, sono di mediocre qualità e spesso in evidente conflitto d'interesse con le ditte farmaceutiche; inoltre gli studi sono molto differenti sia per trattamento che per durata e, quindi, difficilmente comparabili. In atto, concludono gli Autori, non ci sono chiare evidenze né contro né a favore degli OTC antitosse.

LA NOSTRA RICERCA SU PUBMED

La ricerca delle fonti primarie

Considerando che gli Autori della Cochrane hanno selezionato gli articoli che sono stati pubblicati fino a giugno 2004, abbiamo continuato la ricerca su PubMed per verificare la presenza di RCT pubblicati successivamente alla revisione della Cochrane.

Strategia di ricerca

Abbiamo eseguito la ricerca attraverso le Clinical Queries, inserendo come filtri "therapy" AND "specificity", utilizzando le parole MeSH "Cough" e "Antitussive agents" e inserendo come limiti "All Child", e in "Entrez Date" selezionando "1 Year". Si trova un solo articolo sull'uso combinato di destrometorfano e difenidramina confrontato con placebo (11).

Articolo selezionato

Paul IM et al. Effect of Dextromethorphan, Diphenhydramine, and placebo on nocturnal cough and sleep quality for coughing children and their parents. Pediatrics 114: e85-90 (11)

Data pubblicazione: luglio 2004

Nazione: Pennsylvania, USA

Setting: Department of Pediatrics, Hershey, Pennsylvania

Tipo di studio: RCT in doppio cieco, tre bracci di trattamento (destrometorfano - difenidramina - placebo).

TABELLA 2: SCALA DI LIKERT

1. Quanto è stata frequente la tosse del tuo bambino nell'ultima notte?	<input type="checkbox"/> costante	<input type="checkbox"/> moltissimo	<input type="checkbox"/> molto	<input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> occasionale	<input type="checkbox"/> per niente
2. Quanto la tosse dell'ultima notte ha disturbato il sonno del tuo bambino?	<input type="checkbox"/> estremamente	<input type="checkbox"/> moltissimo	<input type="checkbox"/> molto	<input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> occasionale	<input type="checkbox"/> per niente
3. Quanto la tosse dell'ultima notte ha disturbato il tuo sonno?	<input type="checkbox"/> estremamente	<input type="checkbox"/> moltissimo	<input type="checkbox"/> molto	<input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> occasionale	<input type="checkbox"/> per niente
4. Quanto severa è stata la tosse del tuo bambino nell'ultima notte?	<input type="checkbox"/> estremamente	<input type="checkbox"/> moltissimo	<input type="checkbox"/> molto	<input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> occasionale	<input type="checkbox"/> per niente
5. Quanto è stata fastidiosa la tosse del tuo bambino nell'ultima notte?	<input type="checkbox"/> estremamente	<input type="checkbox"/> moltissimo	<input type="checkbox"/> molto	<input type="checkbox"/> abbastanza	<input type="checkbox"/> poco	<input type="checkbox"/> occasionale	<input type="checkbox"/> per niente

Criteri di inclusione: bambini di età compresa tra 2 e 18 anni con tosse dovuta a infezioni delle alte vie respiratorie, caratterizzate da rinorea e con durata inferiore a 7 giorni.

Criteri di esclusione: asma, polmonite, laringotracheobronchite, sinusite, rinite allergica, uso di antistaminici o destrometorfano la sera prima.

Pazienti: 100 bambini randomizzati; età media 4,5 anni (2-16,5); 33 trattati con destrometorfano, 33 con difenidramina e 34 con placebo, in singola dose serale; rivalutazione mediante score clinico dopo 24 ore.

Outcome primario: riduzione media della frequenza della tosse di almeno 1 punto utilizzando la scala di Likert (tabella 2).

Risultati: tutti hanno completato lo studio. Tutti i bambini trattati hanno presentato un miglioramento clinico ($p < 0,0001$); tuttavia tra i tre gruppi non si rileva nessuna differenza significativa, né per la frequenza della tosse ($p=0,56$) né per la sua gravità ($p=0,70$) né sull'impatto sul sonno del bambino o dei genitori ($p=0,85$). Venivano segnalati un caso di insonnia con destrometorfano e uno di sonnolenza con difenidramina.

Conclusioni: pur considerando che la mancata efficacia dei due trattamenti potrebbe essere correlata alla singola somministrazione, e che la compliance al trattamento non risulta essere garantita, i due trattamenti non risultano più efficaci del placebo.

Conclusioni

L'analisi della letteratura non dimostra alcuna efficacia degli OTC nei confronti della tosse acuta nel bambino; inoltre alcuni lavori segnalano effetti collaterali. Risponderemo, dunque, ai genitori di A. che gli sciroppi comunemente usati per sedare la tosse non hanno alcuna dimostrazione di efficacia e quindi consigliamo di evitarli, anche per gli eventuali effetti indesiderati, in considerazione del fatto che la tosse è un sintomo fastidioso ma che è destinato a guarire spontaneamente. ♦

Messaggi chiave

- Gli antitosse rappresentano il 26% della spesa complessiva degli OTC, e costituiscono il 10% della spesa del SSN.
- Gli RCT sul trattamento della tosse acuta in età pediatrica hanno una scarsa numerosità di pazienti, sono di mediocre qualità e spesso in evidente conflitto d'interesse con le ditte farmaceutiche.
- Non è dimostrata l'efficacia degli OTC antitosse: risulta quindi dubbia la loro utilità nel trattamento di un sintomo autolimitantesi.
- Nei confronti della tosse acuta occorre una paziente opera di coinvolgimento, condivisione e spiegazione dei risultati della ricerca.

Bibliografia

- (1) Associazione Nazionale dell'Industria Farmaceutica dell'Automedicazione (ANIFA). Rapporto 2003, Milano 2003; <http://www.cybermed.it/cgi-bin/news/print.pl?article=3812>.
- (2) Martelli A, Grossetti M, Siri GN et al. La Farmacovigilanza sui farmaci OTC per la tosse: studio sul territorio della ASL 3 genovese. XIII Seminario Nazionale "La valutazione dell'uso e della sicurezza dei farmaci: esperienze in Italia". ISS, Roma 13 dicembre 2004; www.iss.it/publ/cong/2004/04C6.pdf.
- (3) Schroeder K, Fahey T. Over-the-counter medications for acute cough in children and adults in ambulatory settings. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4.
- (4) Korppi M, Laurikainen K, Pietikaenen M et al. Antitussives in the treatment of acute transient cough in children. Acta Paediatrica Scandinavica 1991;80:969-71.
- (5) Taylor JA, Novack AH, Almquist JR et al. Efficacy of cough suppressants in children, J Pediatr 1993;122:799-802.
- (6) Nespoli L, Monafo V, Bonetti F et al. Clinical evaluation of letostein activity in the treatment of acute febrile bronchitis in paediatric age. Controlled double blind vs placebo investigation. Min Pediatr 1989;41:515-20.
- (7) Sakchainanont B, Ruangkanhasetr S, Chantarojanasiri T et al. Effectiveness of antihistamines in common cold. J Med Ass Thailand 1990;73: 96-101.
- (8) Clemens CJ, Taylor JA, Almquist JR et al. Is an antihistamine-decongestant combination effective in temporarily relieving symptoms of the common cold in preschool children? J Pediatr 1997; 130:463-6.
- (9) Hutton N, Wilson MH, Mellits ED et al. Effectiveness of an antihistamine-decongestant combination for young children with the common cold: a randomized, controlled clinical trial. J Pediatr 1991;118:125-30.
- (10) Reece CA, Cherry ACJ, Reece AT et al. Tape recorder for evaluation of coughs in children. Am J Dis Child 1966;112:124-8.
- (11) Paul IM, Yoder KE, Crowell KR et al. Effect of dextromethorphan, diphenhydramine, and placebo on nocturnal cough and sleep quality for coughing children and their parents. Pediatrics 2004; 114:e85-90.

Leggete sulla pagina web dell'ACP www.acp.it il Rapporto 2005 sulla salute del bambino riportiamo il riassunto

In Italia il **tasso di mortalità** nel primo anno di vita continua a ridursi (4,4% nel 2001, lievemente superiore alla media UE di 4,2%), sia pure a ritmo inferiore che in passato. Persistono differenze notevoli nella sua componente principale, la mortalità neonatale, tra Regioni del Sud (4,3%), Centro (2,9%) e Nord (2,5%). Resta invece elevata la mortalità nel gruppo 15-24 anni, soprattutto al Nord (54 per 100.000 contro 42 al Sud), in gran parte dovuta a incidenti stradali.

Per quanto riguarda le **condizioni croniche**, il trend temporale è in aumento per l'obesità (prevalenza a 9 anni del 36%). Una evidente area di priorità è costituita dalla salute mentale con una prevalenza di problemi, sia pure molto articolati e di diversa severità, che nel loro complesso arrivano a interessare fino al 16% dei ragazzi in età scolare.

Per quanto riguarda **determinanti e fattori di rischio**, i dati disponibili indicano l'esistenza di disuguaglianze socio-economiche negli esiti di salute, quantificabili in un aumento del rischio variabile tra 1,3 e 2,2 volte per i figli di donne con educazione elementare rispetto ai figli di donne laureate, per condizioni quali il basso peso, la mortalità neonatale e post-neonatale, l'obesità. Tali disuguaglianze in molti casi appaiono in aumento. Destano inoltre preoccupazione che:

- la quota di neonati di basso peso (6,5% nel 2002) e quella di neonati di peso molto basso (intorno all'1%) restino sostanzialmente stabili
- dagli anni '90 ci sia stato un aumento di giovani fumatori soprattutto tra le ragazze
- il 5% degli adolescenti usi ecstasy o altre "droghe da discoteca" (in aumento).

Sulla base di criteri quali il peso sanitario, i margini di intervento/evitabilità, l'esistenza di tendenze epidemiologiche sfavorevoli, l'importanza di principio o strategico, il Rapporto suggerisce sette aree prioritarie per l'intervento:

1. le cure perinatali nelle Regioni del Sud
2. gli incidenti nei ragazzi e giovani adulti
3. la salute mentale
4. il sovrappeso e l'obesità
5. il sistema informativo
6. la salute ambientale
7. le disuguaglianze

Colloquio fra pediatra e specialista sulla ipercolesterolemia familiare

Patrizia Elli*, Federica Zanetto**

*Pediatra di base, Buccinasco (Milano); **Pediatra di base, ACP Milano e Provincia

Abstract

A confrontation between professionals on familial hypercholesterolemia

The prescription of antilypemic drugs and the follow up of an 11 year old boy with familial hypercholesterolemia is the problem analysed in this scenario. The family paediatrician tries to acquire current knowledge regarding antilypemic drugs in paediatrics, thus avoiding a simple copy of the specialist's prescription. An excursus through literature confirms the possible use of statine in familial hypercholesterolemia and the possible reduction of cardiovascular morbidity and mortality in children's future. Nevertheless, data on long term safety are lacking. The information acquired makes a confrontation with the specialist possible so that the respective roles and responsibilities can be defined. The paediatrician, by becoming a mediator, guarantees a good transmission of secure and shared information between the family and the specialist.

Quaderni acp 2005; 12(4): 182-184

Key words Familial hypercholesterolemia. Cholestyramine. Statine. Counselling

Il problema analizzato in questo scenario riguarda la prescrizione dei farmaci liporegolatori e il follow-up in un ragazzino di 11 anni, affetto da ipercolesterolemia familiare. Il pediatra curante del bambino, che non vuole limitare il proprio ruolo a quello di semplice trascrittore di terapie proposte da un altro specialista, cerca di capire quale sia lo stato attuale delle conoscenze sui farmaci liporegolatori in età pediatrica. La letteratura gli conferma la possibilità di ridurre morbilità e mortalità cardiovascolare nel futuro dei bambini affetti da ipercolesterolemia familiare anche con il ricorso alle statine, sulla cui sicurezza a lungo termine mancano però dati sufficienti. Con le informazioni in suo possesso il medico può dunque confrontarsi con lo specialista, ridefinendo i reciproci ruoli e responsabilità all'interno della relazione di cura. In tal modo si pone anche come mediatore efficace e facilitatore tra la famiglia e lo specialista, garantendo un passaggio di informazioni sicure, pertinenti e soprattutto condivise.

Parole chiave Ipercolesterolemia familiare. Colestiramina. Statine. Counselling

Lo scenario

Mario è un bambino di 11 anni, portatore di ipercolesterolemia familiare, ed è seguito da sempre, per questo problema, da uno specialista.

Al nuovo pediatra che lo prende in cura la mamma richiede periodicamente le ricette per la colestiramina e, ogni tre mesi, l'impegnativa per l'esecuzione degli esami ematici di controllo.

Il pediatra, dopo alcune prescrizioni, decide di esplicitare alla madre le sue perplessità circa la necessità di controlli così frequenti.

Pediatra "Ho visto signora che abbiamo richiesto i controlli ematici tre mesi fa:

sinceramente non capisco l'utilità di controlli così ravvicinati...".

Mamma "Mah, non so... anche a me sembrano troppi, ma me lo ha detto il medico specialista".

Pediatra "Il dr... è sicuramente più esperto di me in questo campo e, se ha stabilito così, ci sarà un motivo... se lei è d'accordo, mi metterei in contatto con il collega per capire meglio. Per ora le ripeto le prescrizioni".

Mamma "Va bene, e... dottore, come mai Mario fa la colestiramina e io, che ho la stessa cosa, uso le statine?".

Pediatra "Probabilmente è un discorso di diversa tolleranza, ma chiederò chiarimenti anche su questo".

Che cosa ha in mente e cosa fa il pediatra

- Ridefinisce il proprio ruolo professionale di medico curante del bambino non limitandosi a quello di prescrittore.
- Esplicita le proprie perplessità ("non capisco...").
- Legittima l'operato del collega ("se ha stabilito così, ci sarà un motivo...").
- Utilizza una modalità di comunicazione che tiene conto della propria appartenenza a un sistema, quello sanitario, per porsi come mediatore tra questo e il sistema familiare del paziente ("se lei è d'accordo, mi metterei in contatto con il collega...").

Background

L'ipercolesterolemia familiare è caratterizzata da livelli elevati di colesterolo LDL sin dalla nascita: i bambini che ne soffrono sono portatori di alterazioni endoteliali e di un aumento dello spessore di intima e media carotidea, predittive di un'arteriosclerosi conclamata, cui vanno incontro prematuramente negli anni successivi. Le linee guida dell'American National Cholesterol Education Program raccomandano il trattamento farmacologico a partire dai 10 anni di età, con LDL \geq 4,9 mmol/L (190 mg/dL) o con LDL \geq 4,1 mmol/L (158 mg/dL) se presenti altri fattori di rischio (es. una storia familiare di patologia cardiovascolare precoce).

Cosa dice (o non dice)

Evidence Based Medicine

Il pediatra, prima di contattare lo specialista, rilegge alcune pagine di un "Medical Letter" del 2001 sui farmaci liporegolatori (1). Gli studi citati si riferiscono

Per corrispondenza:

Patrizia Elli

e-mail: patriziaelli@virgilio.it

a una casistica adulta, dove “i farmaci che riducono le concentrazioni sieriche di LDL possono prevenire la formazione, rallentare la progressione, determinare la regressione delle lesioni arterosclerotiche e ridurre la mortalità”. In particolare le statine si rivelano le più efficaci nel ridurre le concentrazioni di LDL. Come la colestiramina tendono ad aumentare il colesterolo HDL. Il problema è quello della compliance e degli effetti collaterali, noti e per lo più di tipo gastrointestinale per i sequestranti gli acidi biliari, meno conosciuti per le statine, la cui sicurezza nelle terapie “aggressive” e a lungo termine va verificata. Di questo il pediatra trova conferma ancora in un numero successivo del Medical Letter, ma sempre su casistiche adulte (2).

Decide allora di cercare in PubMed studi sull'efficacia e la sicurezza dei farmaci anti-colesterolo in età pediatrica. Utilizzando il Mesh Database, con la stringa [**“Hypercholesterolemia, Familial” AND “Cholestyramine/therapeutic use”**] e allargando la ricerca al periodo 1995-2005, seleziona un RCT colestiramina versus placebo, condotto in 96 bambini tra 6 e 11 anni, affetti da ipercolesterolemia familiare (3). Lo studio evidenzia l'efficacia del farmaco, che riduce la colesterolemia di circa il 19% (con la sola dieta si ottiene un calo del 5,5%), ma anche i problemi di compliance, per la scarsa palatabilità: a un anno dall'inizio dello studio, solo una metà dei bambini reclutati era in grado di assumere colestiramina o placebo al dosaggio indicato. La ricerca documenta, inoltre, il possibile abbassamento dei livelli di folati e vitamina D, di cui viene raccomandata la supplementazione, anche quando il farmaco è somministrato a basso dosaggio.

Lanciando invece la query [**“Familial Hypercholesterolemia” AND “Therapy”**] il pediatra seleziona un RCT condotto in 214 ragazzi tra gli 8 e i 18 anni, affetti da ipercolesterolemia familiare, in cui viene dimostrata l'efficacia delle statine anche in età pediatrica: dopo due anni di trattamento con pravastatina è evidente il miglioramento del profilo lipoproteico verso livelli più fisiologici ed è possibile osservare anche una riduzione dello spessore di intima e media

carotidea (4). La possibilità di ridurre morbilità e mortalità cardiovascolare nel futuro dei bambini affetti da ipercolesterolemia familiare giustifica dunque il trattamento aggressivo nei casi ad alto rischio, vista anche la buona tolleranza del farmaco nei due anni di follow-up previsti nello studio.

La ricerca in PubMed segnala al pediatra anche un commento a questo trial: pubblicato recentemente su J Pediatrics che ripropone l'interrogativo, ancora senza risposta, sull'utilizzo delle statine in età pediatrica, in assenza di dati sufficienti sulla loro sicurezza a più lungo termine (5).

Conclusioni del pediatra e restituzione

Con le informazioni in suo possesso il pediatra si mette in contatto con il collega specialista, con l'obiettivo di concordare una gestione condivisa della terapia e del follow-up di Mario.

Pediatra “Ciao, sono il medico curante di Mario. Vorrei capire e confrontarmi con te sul programma terapeutico e di controlli a cui Mario si deve sottoporre”.

Specialista “Sì... come avrai visto fa già da qualche anno la colestiramina e deve controllare periodicamente i livelli ematici dei lipidi”.

Pediatra “Infatti... e volevo domandarti se il controllo trimestrale di questi esami ha una motivazione o, se è possibile, diluirli in intervalli più lunghi”.

Specialista “Il problema sono le indicazioni dietetiche... se le seguisse di più potremmo ridurre i controlli di colesterolo e trigliceridi a due volte all'anno. Magari potresti darmi una mano a tenere monitorata la sua dieta”.

Pediatra “Non c'è problema, anche perché a me capita più spesso di vederlo... E per la terapia? Ho letto degli articoli che confermano l'efficacia delle statine anche in età pediatrica”.

Specialista “Mah... bisogna considerare gli effetti collaterali, non ci sono ancora dati sufficienti sulla loro sicurezza a questa età...”.

Pediatra “Nei lavori che ho letto, non ne vengono riportati, anche se, è vero, il follow up è ancora breve... D'altra parte, se allora proseguiamo con la colestiramina, occorrerà almeno integrare con i folati e la vitamina D”.

Specialista “Sono d'accordo... Preferirei per il momento continuare con la colestiramina. Provedi tu all'integrazione perché, per il resto, mi sembra che Mario la tolleri bene”.

Pediatra “Va bene. Mi permetterò di disturbarti ogni tanto per riaggiornarci. Ciao e grazie”.

Il pediatra riferisce a questo punto alla mamma di Mario del colloquio avuto con lo specialista.

Pediatra “Allora signora, ho parlato con lo specialista e abbiamo concordato di ridurre gli esami del sangue a due volte all'anno. È importante però essere attenti all'alimentazione e quindi io vedrò Mario ogni tanto per aiutarvi a fargli seguire le indicazioni dietetiche”.

Mamma “Mario sarà contento! E per me, confesso, è più semplice parlare con lei che lo conosce meglio. E per la terapia?”

Pediatra “Per ora continuerà la colestiramina. Il dottore mi ha confermato quello che avevo letto sulla sicurezza delle statine in età pediatrica e quindi eventuali cambiamenti nella cura saranno presi in considerazione dopo la pubertà. Dovremo parlarne comunque anche con Mario la prossima volta... Io e il collega comunque ci manteniamo in contatto”.

Discussione generale

Il pediatra di Mario si trova a dover trascrivere prescrizioni suggerite da un altro specialista, non concordate né del tutto condivise, come spesso succede al pediatra di famiglia.

Sa che in questi casi il movimento comunicativo più frequente e che in genere viene più spontaneo è quello di contraddire il collega su ciò che professionalmente è corretto fare o non fare, operando una disconferma nei suoi confronti e mettendo in difficoltà il paziente che, nel migliore dei casi, non sa cosa fare e a chi affidarsi. Il pediatra, che già con la mamma di Mario aveva legittimato quanto deciso dal collega come prodotto di sapere ed esperienza (“è sicuramente più esperto di me e se ha stabilito così ci sarà un motivo...”), decide dunque di privilegiare il confronto tra professionisti. Questo permette a entrambi di chiarire e ridefinire le rispettive funzioni e responsabilità

nella relazione di cura, arricchite dalla possibilità di collaborazione reciproca: né un compito di semplice “trascrittore” da parte del pediatra di Mario (“*mi metterei in contatto con il collega per capire meglio...*” “*...a me capita più spesso di vederlo...*”), né una inefficace difesa delle proprie competenze da parte dello specialista (“*...potresti darmi una mano a tenere monitorata la dieta...*” “*sono d'accordo... provvedi tu all'integrazione...*”). Parole, domande e risposte dell'uno e dell'altro garantiscono anche un linguaggio comune, chiaro e comprensibile, con cui poi trasferire alla mamma di Mario informazioni sicure, pertinenti e condivise. L'efficacia del ruolo di mediatore-facilitatore tra famiglia e specialista assunto dal pediatra è evidente nel colloquio successivo con la mamma, a beneficio di una relazione di cura significativa, in cui vengono riconosciuti e valorizzati ruolo, compiti, diritti e doveri di ciascuno degli attori coinvolti. ♦

La buona comunicazione: i due professionisti

- Evitano di contrapporsi su ciò che è corretto fare o non fare.
- Ricercano il migliore equilibrio possibile nella gestione della terapia.
- Incentivano il ruolo attivo dei genitori e del bambino.
- Trasferiscono informazioni sicure, pertinenti, condivise. (6)

Bibliografia

- (1) Scelta dei farmaci liporegolatori. The Medical Letter, ed. italiana, 2001:14.
- (2) Sicurezza della terapia aggressiva con statine. The Medical Letter, ed. italiana, 2003:8.
- (3) Tonstad S, Knudtzon J, Sivertsen M, Refsum H, Ose L. Efficacy and safety of cholestyramine therapy in peripubertal and prepubertal children with familial hypercholesterolemia. J Pediatr 1996;129:42-9.
- (4) Wiegman A, Hutten BA, de Groot E, Rodenburg J, Bakker HD, Buller HR et al. Efficacy and safety of statin therapy in children with familial hypercholesterolemia. A randomised controlled trial. JAMA 2004;292:331-7.
- (5) Comment in: J Pediatr 2005;146:144-5.
- (6) A proposito di Medicina narrativa si veda a pagina 171 la recensione di Giocoliere, mangiafuoco e saltimbanco di Luca Aimetti.

EMERGENCY CHIEDE PEDIATRI

È un'associazione umanitaria senza scopo di lucro, nata in Italia nel 1994, con l'obiettivo di fornire assistenza medico-chirurgica alle vittime civili dei conflitti.

Attività specifiche sono:

- Intervenire in zone di guerra con iniziative umanitarie a favore delle vittime, in particolare civili, dei conflitti armati, dei feriti e di tutti coloro che soffrono altre conseguenze sociali dei conflitti o della povertà quali fame, malnutrizione, malattie, assenza di cure mediche e di istruzione;
- Portare soccorso alle vittime di calamità naturali;
- Promuovere una cultura di pace e solidarietà nonché l'affermazione dei diritti umani.

Per i nostri progetti in Afghanistan e Sudan ricerchiamo:

Pediatri in possesso dei seguenti requisiti:

- Laurea in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Pediatria
- Rilevante esperienza clinica in un reparto specializzato
- Preferibile esperienza in malattie infettive e tropicali e in medicina di base pediatrica
- Disponibilità di permanenza all'estero preferibilmente di 6 mesi
- Buona conoscenza della lingua inglese scritta e parlata

Infermiere/i pediatriche/ci in possesso dei seguenti requisiti:

- Diploma di Infermiere Pediatrico e/o equipollenti
- Esperienza ospedaliera di almeno 3 anni continuativi in pediatria e/o neonatologia, terapia intensiva neonatale
- Capacità diagnostica in base a sintomi/segni o con strumenti a bassa tecnologia
- Capacità organizzative
- Disponibilità di permanenza all'estero preferibilmente di 6 mesi
- Buona conoscenza della lingua inglese scritta e parlata

Gli interessati possono trovare maggiori dettagli sulla posizione offerta sul sito www.emergency.it, nella sezione “lavora con noi”.

Per **candidarsi** occorre inviare una e-mail a curriculum@emergency.it, allegando un dettagliato curriculum vitae, oppure utilizzare l'applicazione form sul sito.

L'iter selettivo prevede: valutazione del curriculum vitae e di un questionario specifico, colloquio finale di selezione presso la sede di Milano con prove di inglese (orale e scritto).