

Quaderni acp

www.quaderniacp.it

bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici della
Associazione **C**ulturale **P**ediatri

www.acp.it

I bambini e i giochi



settembre-ottobre 2007 vol 14 n° 5

Poste Italiane s.p.a. - sped. in abb. post. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art 1, comma 2, DCB di Forlì - Aut Tribunale di Oristano 308/89

La Rivista è indicizzata in EMBASE

Quaderni acp

Website: www.quaderniacp.it
September-October 2007; 14(5)

193 Editorial

Family Public Health Centres in Italy:
happy intuition close to death *Giancarlo Biasini*

194 Research

Epidemiological study in Palermo, Sicily, on health indicators and primary prevention interventions
Giuseppe Primavera, Anna Aloisio, Biagio Amoroso, et al.

198 Public Health

Children's and adolescents' welfare in industrialized countries *Giuseppe Cirillo*
Drugs: omnipresent pollutants in the environment
Ettore Zuccato, Sara Castiglioni, Renzo Bagnati, Roberto Fanelli

207 Health Care System

Hospital discharge. A proposal of Italian Network of BFH *Igino Giani*

210 Info

212 A window on the world
Save the Children: close to all children of the world to defend their rights *Giusy De Loiro*

213 A close up on progress

Palliative care for children
Franca Benini, Anna Ferrante, Paola Facchin

218 From literature to practice

How much does an illness reduces itself by elimination of a risk factor?
Roberto Buzzetti, Sergio Conti Nibali

220 Narrative medicine

Doctor and the stories *Giorgio Bert*

222 Learning from a case

A child with cyclic vomiting and chetosis
Giuseppe Primavera, Antonio Tedeschi

225 Vaccinacipi

Streptococcus pneumoniae: where have we got to?
Luisella Grandori

226 Farmacipi

Desmopressin in the treatment of enuresis: lets avoid spray administration.
Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra

227 Moovies

228 Books

230 Born to read

232 Focus

On the effectiveness of continuing medical education. Can we make an evaluation?
Quaderni acp board

237 Current issues

Chikungunya in Europe: first epidemic
Mauro Palazzi, Claudio Venturelli

238 Meeting synopses

240 Letters

Quaderni acp

bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici a cura della
Associazione **C**ulturale **P**ediatr*i*

Direttore

Giancarlo Biasini

Direttore responsabile

Franco Dessi

Comitato editoriale

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

Collaboratori

Francesco Ciotti
Giuseppe Cirillo
Antonio Clavenna
Luisella Grandori
Luigi Gualtieri
Manuela Pasini
Italo Spada
Antonella Stazzoni

Organizzazione

Giovanna Benzi

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: redazionequaderni@tiscali.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: giancarlo.biasini@fastwebnet.it

Ufficio soci

via P. Marginesu 8, 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

Le illustrazioni sono tratte da: 'A voce dé criature. A. Improta, P.M. Fiumani, giuseppe de nicola editore.

LA COPERTINA

L'immagine riproduce "Maia con la bambola" (1938), Pablo Picasso, olio su tela. Parigi, Musée National Picasso.

QUADERNI ACP. NORME EDITORIALI. 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 (redazionequaderni@tiscali.it) via e-mail o via posta su floppy disk in via Marginesu 8, 07100 Sassari. Devono essere composti in Times New Roman corpo 12 e con pagine numerate. Le tabelle e le figure vanno inviate in fogli a parte, vanno numerate progressivamente, titolate e richiamate nel testo. Scenari, casi clinici, esperienze e revisioni non possono superare le 12.000 battute, riassunti compresi. Gli altri contributi non possono superare 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. Gli AA vanno indicati con nome e cognome. Va indicato: Istituto/Sede/Ente/Centro in cui lavorano gli AA e 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 (struttura IMRAD). 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; si consigliano gli AA di usare parole chiave contenute nel MESH di Medline. 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 caso di un numero di Autori superiore a tre, dopo il terzo va inserita la dicitura et al.

Esempio per le riviste e per i testi

(1) Corchia C, Scarpelli G. La mortalità infantile nel 1997. *Quaderni acp* 2000;5:10-4.

(2) Bonati M, Impiccatore P, Pandolfini C. La febbre e la tosse nel bambino. Roma: Il Pensiero Scientifico Ed, 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. Il percorso redazionale è così strutturato: a) assegnazione dell'articolo in forma anonima a un redattore e a un revisore esterno che lo rivedono secondo una griglia valutativa elaborata dalla rivista; b) primo re-invio agli Autori, in tempo ragionevole, con accettazione o restituzione o richiesta di eventuali modifiche; c) elaborazione del manoscritto dalla redazione per adeguarlo alle norme editoriali e per renderlo usufruibile al target dei lettori della rivista. Deve essere dichiarata la provenienza di ogni fornitura di strumenti, attrezzature, materiali, aiuti finanziari utilizzati nel lavoro. È obbligatorio dichiarare l'esistenza 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.

I consultori familiari: felice intuizione vicina a morire

Giancarlo Biasini
Direttore di Quaderni acp

Parole chiave Consultori familiari. Materno-infantile. POMI. Regioni

Il 4 e il 5 giugno 2007 si è tenuto a Roma un Convegno sul tema "I consultori familiari e il progetto obiettivo materno-infantile: POMI". Un dato positivo: il Convegno non è stato sostenuto da sponsor. Si è richiamato al POMI come strumento per il raggiungimento della salute della donna e delle persone in età evolutiva: un forte limite perché il POMI è quello del 2000, relativo al PSN 1998-2000, che nessuno ha mai preso sul serio. Forse è vero, si è sostenuto al Convegno, che normativamente il POMI è ancora in vigore, ma il suo vigore, sempre modesto, si è andato sempre più attenuando in questi sette anni.

Intanto è inattuata la norma secondo la quale "la riqualificazione del Consultorio Familiare (CF)" passa attraverso l'integrazione della "offerta consultoriale con quella delle altre strutture territoriali facenti capo alla organizzazione dipartimentale dell'area materno-infantile in modo che, distretto per distretto, o ASL per ASL, si persegua una maggiore efficacia ed efficienza". È venuto meno l'elemento di base, cioè l'organizzazione dipartimentale, e i CF galleggiano come monadi in aree indefinite. C'è persino il caso di regioni che vietano la costituzione di dipartimenti transmuralesi distretto-ospedale.

Ci sono poi difetti "congeniti": la nascita dei CF prima della istituzione della pediatria di libera scelta e il non collegamento dell'attività consultoriale con i pediatri da parte del POMI, ha lasciato questi privi di relazione con questa realtà. Il collegamento non è mancato solo con i pediatri, ma con tutto il resto, dato che questo doveva essere garantito dalla "organizzazione dipartimentale dell'area materno-infantile... per permettere la continuità della presa in carico e la promozione della salute". È poi venuta meno la cogenza del POMI come allegato al PSN: oggi i PSN devono guardarsi bene dal tracciare linee organizzative dei servizi che sono demandati alle permafrose autonomie regionali.

Nel POMI vi erano indicazioni quantitative: requisiti e standard venivano dettagliati

nell'allegato 7: cioè un CF ogni 20.000 abitanti, di cui 1:10.000 nelle zone rurali e 1:20.000-25.000 nelle zone urbane e metropolitane con la presenza di definite professionalità. La situazione attuale è molto incerta. I dati disponibili sono solo quantitativi e provengono dalla relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 194/1978 (dati 2004) e dalla indagine "Nascere in Italia" dell'ISS (2002).

I CF pubblici "funzionanti" sarebbero 1,6/10.000 donne in età fertile al Nord, 1,7 al Centro, 1,5 al Sud e 1,4 nelle isole (2,8 in Liguria e Toscana e 0,8 in Friuli-Venezia Giulia). Riferiti agli abitanti (indicatore del POMI) si va dallo 0,7 al Nord allo 0,8 al Centro, allo 0,7 al Sud, allo 0,7 nelle Isole. Le gravidanze controllate nei CF (indagine Nascere in Italia) che è l'unico indicatore di cui disponiamo, in confronto alle decine suggerite dal POMI, andrebbero dal 17% in Emilia-Romagna (con 1,1 consultorio ogni 20.000 abitanti) al 2,7% della Puglia (con 0,8 consultori ogni 20.000 abitanti): dati che dimostrano una notevole inefficienza dei presidi in alcune aree del Paese.

Eppure non c'è dubbio – come ha detto Michele Grandolfo al Convegno sui CF – che il modello dei CF è di estrema modernità, fondato com'è sul concetto che i determinanti sociali sono alla base di molte condizioni patologiche e senza influire su questi non si può agire sulla promozione della salute. I CF sono, di fatto, l'unica struttura nella quale si è progettata una metodologia di intervento multiprofessionale che sembra l'elemento indispensabile per cogliere i determinanti sociali della salute e per raggiungere l'obiettivo, oggi tanto declamato, dell'empowerment, cioè dello sviluppo, nelle persone, di processi decisionali autonomi e consapevoli.

Del resto, come si potrebbero ottenere risultati nel campo degli adolescenti, delle relazioni di coppia, del disagio familiare, del contrasto al maltrattamento, della lesività domestica e il collegamento con l'autorità giudiziaria per le situazioni di abuso, se non in maniera multiprofessionale?

Eccezionale anche l'intuizione che per intervenire sulla famiglia è produttivo ope-

rare sulla donna, intesa come perno della piccola società. Il cosiddetto microcredito, credito a bassissimo interesse, concesso solo alle donne da Mohammad Yunus, economista, fondatore nel 1977 in Bangladesh della Grameen Banche, è in fondo basato su questa intuizione; lo stesso progetto Nati per Leggere si è dimostrato attuabile attraverso l'azione della madre. Per rimanere in casa ACP gran parte delle possibilità di realizzare gli interventi sulle quattro priorità (Quaderni acp 2007;14:147) è legata alla multiprofessionalità degli interventi: i minori in difficoltà italiani o stranieri, il disagio minorile, la salute degli adolescenti, il sostegno alla genitorialità che comincia dal puerperio di cui oggi nessuno si occupa, sono tutti ambiti in cui o l'intervento è multiprofessionale o fallisce. Alcuni esempi di interventi di eccellenza nei CF sono stati presentati al Convegno di Roma: puerperio, depressione postpartum, accompagnamento alla nascita per le donne immigrate, consultori per adolescenti. Ma non vorremmo che si trattasse di esempi puntiformi.

La realtà è che dal 2000, anno di emanazione del DM che istituiva il POMI, nulla è stato fatto. Sul piano della organizzazione dei servizi ogni "potere" del governo centrale è venuto meno. Se si ritiene che i CF debbano rimanere, ci sono alcuni nodi che vanno sciolti. Occorre una valutazione effettiva e rigorosa di ciò che attualmente c'è, e di ciò che si fa. Occorre pensare alla collocazione del CF nel distretto e al collegamento con altri presidi distrettuali e ospedalieri e soprattutto con la pediatria di libera scelta e con altre iniziative degli enti locali legate alle politiche familiari come i Centri per le famiglie o iniziative consimili. Abbiamo appreso di recente (Quaderni acp 2007;14:179) che alla Conferenza Nazionale della Famiglia si è discusso anche di finanziamenti per l'attività dei CF; teniamone conto, ma bisogna ricordare che ogni possibilità di intervento su scala nazionale è possibile solo nell'ambito della Commissione Salute della Conferenza Stato Regioni. Quello che finora è mancato, però, è la voce degli operatori dei consultori, le loro esperienze, le storie della loro vita professionale. ♦

Per corrispondenza:
Giancarlo Biasini
e-mail: giancarlo.biasini@fastwebnet.it

Studio epidemiologico a Palermo su indicatori di salute e interventi di prevenzione primaria

Giuseppe Primavera, Anna Aloisio, Biagio Amoroso, Caterina Amoroso, Alba Maria Barresi, Letizia Belvedere, Franco Cangemi, Maria Carollo, Cristina D'Andrea, Maria Vittoria Di Matteo, Dante Ferrara, Francesca Grassa, Antonina Lo Cascio, Francesca Lupo, Michele Pipia, Giuseppe Portera, Benedetto Rinaudo, Angelo Spataro, Daniela Zangara.

Associazione Culturale Pediatri, ACP Trinacria, Palermo

Abstract

Epidemiological study in Palermo, Sicily, on health indicators and primary prevention interventions

Objective To collect data regarding breastfeeding practice and the implementation of evidenced based primary prevention programmes for a medical audit and specific intervention planning in public health.

Methods 19 family paediatricians, 11 from Palermo, Sicily, and 8 from the province underwent a longitudinal study on a cohort of newborns in the first semester 2005 up to six months of age by submitting a questionnaire to mothers during well child visit at 1, 2, 4 and 6 months of age.

Results 494 newborns were recruited; 485 completed the follow up. In 74% delivery was in public health hospitals, the remaining part in private hospitals. 50.3% were cesarean sections (43.5% in public hospitals; 69.3% in private hospitals). Only 16.6% of mothers underwent a preparatory course during pregnancy up to birth. The rate of complete breastfeeding (exclusive breastfeeding + predominant breastfeeding) at hospital discharge was 64% and at 6 months 19%. Complete breastfeeding was significantly higher and lasted more in newborns breastfed within 6 hours from birth and in newborns who did not receive any supplementation during hospitalisation. There were no significant differences regarding the type of delivery. A higher educational level, a previous breastfeeding experience and a preparatory pregnancy course were positively linked to the duration of breastfeeding. Only 64% of mothers had received at hospital discharge specific advice regarding newborn's sleeping position; a correct behaviour reached about 78% of cases, due to the family paediatrician's advice, nevertheless in time this effect slowly weakened. At the first well child visit only 72% of parents declared to use a safety car seat for his child and 94% at six months of age. 50% of children were exposed to passive smoking and only 7.5% of parents corrected their behaviour during the follow up. Only 5.3% of women assumed folic acid at least 1 month before conception.

Conclusion Results confirm the difficulty in transferring scientific knowledge in practices. Stimulating with appropriate tools the sharing of guide lines among professionals of different health services and monitoring their realization is a good challenge for future.

Quaderni acp 2007; 14(5): 194-197

Key words Breastfeeding. Sleep position. Car safety seats. Passive smoking. Folic acid

Obiettivo Raccogliere dati sulla pratica dell'Allattamento al Seno (AS) e sull'implementazione di interventi di prevenzione primaria con evidenze di efficacia per un audit interno al gruppo di lavoro e per la pianificazione di interventi specifici in Sanità pubblica.

Metodi 19 pediatri di famiglia, 11 di Palermo e 8 della Provincia, hanno eseguito uno studio longitudinale sulla coorte dei nuovi nati nel primo semestre 2005, seguita sino al compimento del sesto mese, con un questionario cartaceo somministrato alle mamme durante la prima visita e alle visite di 1, 2, 4 e 6 mesi.

Risultati Sono stati reclutati 494 neonati; 485 hanno completato il follow up. I parti sono avvenuti per il 74% in ospedali pubblici, i rimanenti in strutture private. Il 50,3% dei parti è stato espletato con taglio cesareo (43,5% in ospedale pubblico; 69,3% in clinica privata). Solo il 16,6% delle mamme aveva partecipato a un corso di accompagnamento al parto. Il tasso di allattamento completo (AS esclusivo + predominante) alla dimissione è stato del 64%, a 6 mesi del 19%. L'allattamento completo è risultato significativamente maggiore e più prolungato nei bambini attaccati al seno entro 6 ore dalla nascita e in quelli che non hanno ricevuto supplementazione durante la degenza ospedaliera; non c'erano differenze significative per quanto riguarda la modalità del parto. La scolarità alta, una precedente esperienza di allattamento e l'aver frequentato un corso di accompagnamento al parto erano positivamente correlati alla durata dell'allattamento. Solo il 64% delle mamme ha ricevuto alla dimissione un consiglio corretto sulla posizione del neonato in culla; il comportamento corretto è arrivato fino al 78% per l'azione del pediatra di famiglia. Alla prima visita, il 72% dei genitori dichiarava di possedere un seggiolino per il trasporto in auto, il 94% a 6 mesi. Il 31% delle mamme era formato da fumatrici, di queste circa la metà continuava a fumare in gravidanza, e durante il follow up il 17% delle mamme ha ripreso a fumare. Il 50% dei bambini era comunque esposto al fumo, e solo il 7,5% dei genitori modificava il proprio comportamento nel corso del follow up. Solo il 5,3% delle donne ha assunto acido folico almeno 1 mese prima del concepimento.

Conclusioni I risultati confermano le difficoltà del passaggio delle conoscenze scientifiche nelle pratiche assistenziali. Incentivare con appositi strumenti la condivisione di linee-guida già esistenti da parte degli operatori sanitari dei vari servizi e il monitoraggio della loro attuazione rappresenta una sfida per il futuro.

Parole chiave Allattamento al seno. Posizione nel sonno. Seggiolini di sicurezza. Fumo passivo. Acido folico

Per corrispondenza:
Giuseppe Primavera
e-mail: beppeprimavera@virgilio.it

ricerca

Introduzione

La protezione, la promozione e il sostegno dell'Allattamento al Seno (AS) ricadono nella sfera dei diritti umani tutelati dalla Convenzione sui Diritti dei Bambini adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nell'articolo 24, dalla dichiarazione congiunta OMS-UNICEF del 1989, che ha portato alla scrittura dei "10 passi per il successo dell'allattamento al seno", e dalla "Dichiarazione degli Innocenti" del 1990 [1]. Eppure, al pari di altri diritti a favore dei più deboli, anche questo viene spesso negato, malgrado le prove a favore dell'allattamento al seno prolungato oltre i 6 mesi mostrino i benefici per la salute del bambino e della donna e per la società. Le modalità del parto, la qualità dell'assistenza prestata alla coppia madre-figlio e il sostegno competente del pediatra di famiglia possono avere un ruolo determinante sull'alimentazione del neonato [2-3]. L'AS fa parte dei 6+1 interventi di prevenzione primaria dell'omonimo progetto, interventi che, malgrado la loro semplicità e la ricchezza di prove di efficacia di cui disponiamo, vengono ancora ampiamente disattesi [4].

Scopo del presente studio è quello di raccogliere dati epidemiologici su alcuni importanti indicatori di salute del periodo perinatale, in particolare di valutare il tasso di prevalenza dalla nascita fino a sei mesi dell'AS secondo le definizioni UNICEF-OMS, le routine assistenziali e l'influenza di alcune variabili sulla buona riuscita dell'allattamento [5-6]. Abbiamo inoltre voluto raccogliere dati sull'implementazione di alcuni interventi di prevenzione primaria (posizione nel sonno, uso dei dispositivi di protezione per il trasporto del bambino in automobile, esposizione al fumo, assunzione periconcezionale di acido folico) su cui esistono evidenze di efficacia. Tali dati, oltre a fornirci informazioni su attitudini e conoscenze dei genitori, potranno essere utili in sede locale per tarare gli interventi volti a rimuovere gli ostacoli messi in luce dallo studio.

Pazienti e metodi

Lo studio, di tipo longitudinale, è stato realizzato da 19 pediatri di famiglia, 11 operanti a Palermo e 8 in Provincia, che hanno reclutato tutti i nuovi nati nel primo semestre del 2005, inseriti nei loro elenchi e portati spontaneamente in

TABELLA 1: CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE

	n	%
Nati a termine	469	(94,9%)
Pretermine	25	(5,1%)
Nati di basso peso	28	(5,6%)
Ricoverati in UTIN	14	(2,8%)
Madri primipare	242	(49,4%)
Parti gemellari	5	(1,0%)
Persi al follow up	9	(1,8%)

ambulatorio, e li hanno seguiti fino al compimento del sesto mese. Ai genitori dei neonati, al momento della prima visita nell'ambulatorio del pediatra, veniva consegnato un questionario in cui erano raccolti i dati statistici sulle informazioni di carattere generale, sulle pratiche assistenziali durante il ricovero, sul tipo di allattamento alla dimissione e sulle conoscenze nell'ambito degli interventi di prevenzione primaria oggetto dello studio.

I genitori venivano informati sul fatto che i loro bambini erano stati inclusi in un lavoro epidemiologico. Veniva quindi effettuata la consueta azione di rinforzo e supporto a favore della pratica dell'allattamento esclusivo al seno, della posizione supina del neonato in culla, del trasporto sicuro in auto e dell'astensione dal fumo in casa. La parte del questionario riguardante l'allattamento, posizione supina, seggiolini e fumo veniva riproposta nella scheda di follow up, ai controlli previsti a 1, 2, 4 e 6 mesi. Sono state calcolate la prevalenza dei vari tipi di allattamento dalla dimissione a 6 mesi e la correlazione statistica, con un'analisi univariata, tra alcuni fattori e la modalità "allattamento completo". Per prevalenza mensile abbiamo inteso il numero di bambini che all'interno di quel mese conducevano quel tipo di allattamento almeno per 15 giorni; per quanto riguarda le modalità di allattamento abbiamo utilizzato le definizioni OMS-UNICEF [7]. È stata inoltre calcolata la prevalenza dell'assunzione periconcezionale di acido folico, delle varie posizioni nel sonno, del trasporto sicuro in auto e dell'esposizione al fumo in gravidanza e dopo la nascita, fino ai 6 mesi di età. A ogni controllo del follow up veniva effettuata un'azione di rinforzo sui comportamenti corretti; è stato anche valutato l'e-

ventuale miglioramento nel tempo delle pratiche corrette a seguito del nostro intervento. L'analisi statistica dei dati è stata effettuata con il programma Microsoft Excel-CIcalculator.

Risultati

Dal primo gennaio al 30 giugno 2005 sono stati reclutati 494 neonati, di cui 467 (94,5%) nati nel Comune di Palermo e 27 (5,5%) nati in tre Comuni della Provincia (Cefalù, Termini Imerese e Corleone); 485 hanno completato il follow up a 6 mesi. Le caratteristiche generali del campione sono riportate nella *tabella 1*.

Nella *tabella 2* sono espresse le modalità del parto e le pratiche assistenziali mirate soprattutto all'allattamento al seno, desunte dal questionario.

Nella *tabella 3* viene mostrata la prevalenza delle varie modalità di allattamento ai controlli previsti dallo studio. Alla dimissione, il 64% dei neonati aveva un AS completo, mentre il 18% era già in allattamento artificiale; a 6 mesi l'allattamento completo è sceso al 19,5%, contro il 58,5% dell'allattamento artificiale. È stata valutata la correlazione statistica tra alcune variabili indipendenti (pratiche assistenziali) e la modalità "allattamento completo" alla dimissione e al sesto mese (*tabelle 4 e 5*). Abbiamo trovato una moderata associazione positiva tra allattamento completo alla dimissione e alto livello di scolarità, precedente esperienza di allattamento e prima suzione entro 6 ore dal parto e una debole associazione con l'aver frequentato un corso di preparazione al parto, il parto vaginale e il non avere ricevuto alcuna supplementazione. La correlazione positiva si mantiene anche a 6 mesi per tutte le variabili precedenti, tranne che per la modalità del parto. Nel questionario veniva chiesto se in ospedale fossero stati forniti consigli sulla

TABELLA 2: MODALITÀ DEL PARTO E PRATICHE ASSISTENZIALI

		n	%
Modalità del parto	Spontaneo	243	(49,7)
	Parto in ospedale pubblico	362	(74,0)
	TC in ospedale pubblico	158	(43,6)
	Parto in clinica privata	127	(26,0)
	TC in clinica privata	88	(69,3)
Frequenza al corso di preparazione al parto		81	(16,6)
Il ginecologo ha parlato dell'importanza di allattare		233	(47,6)
Ha provato ad allattare almeno una volta		423	(86,5)
Prima suzione	Entro 2 h dal parto	174	(41,1)
	Dopo 3-6 h	136	(32,1)
	Dopo 7-12 h	57	(13,5)
	Dopo 12 h	56	(13,3)
La mamma è stata aiutata e informata		237	(48,5)
È stato somministrato latte adattato		241	(48,8)
È stata somministrata soluzione glucosata		301	(60,9)
Rooming in completo		381	(77,1)
Dimissione dopo giorni; media (DS)		3,7	(± 1,01)
Prima visita dal pediatra a giorni; media (DS)		14,2	(± 5,29)

TABELLA 3: PREVALENZA DELLE VARIE MODALITÀ DI ALLATTAMENTO

	Dimissione	Prima visita	I mese	II mese	IV mese	VI mese
Completo	63,93	58,14	50,32	44,94	36,98	19,56
Parziale	15,66	17,16	18,49	15,91	13,33	20,64
Occasionale	2,36	1,28	1,72	1,72	1,07	1,29
Artificiale	18,02	23,39	29,89	37,41	48,60	58,49

TABELLA 4: FATTORI DI PROTEZIONE ASSOCIATI AD "ALLATTAMENTO COMPLETO" ALLA DIMISSIONE

Variabile	OR	IC (95%)	p
Scolarità alta (diploma/laurea)	2,38	1,56-3,63	< 0,001
Precedente esperienza	3,99	2,53-6,27	< 0,001
Corso preparto	1,81	1,02-3,20	0,03
Parto vaginale	1,57	1,04-2,37	0,02
Prima suzione <6 h	2,35	1,43-3,84	< 0,001
Non supplementi	1,81	1,15-2,85	0,008

TABELLA 5: FATTORI DI PROTEZIONE ASSOCIATI AD "ALLATTAMENTO COMPLETO" A 6 MESI

Variabile	OR	IC (95%)	p
Scolarità alta (diploma/laurea)	2,00	1,21-3,30	0,006
Precedente esperienza	2,24	1,36-3,70	< 0,001
Corso preparto	2,08	1,18-3,65	0,009
Parto vaginale	1,18	0,72-1,93	0,4
Prima suzione <6 h	3,64	1,60-8,26	< 0,001
Non supplementi	2,75	1,67-4,53	< 0,001

posizione del neonato in culla. Il 63,9% dei genitori aveva ricevuto il consiglio di porre a dormire il neonato supino, il 17,3% sul fianco, l'1,1% in posizione prona, il 24% non aveva ricevuto alcun consiglio. A seguito del nostro intervento, abbiamo seguito il comportamento dei genitori fino ai 6 mesi (tabella 6); c'è stato un aumento del comportamento corretto nel 1° e 2° mese (dal 63,9% al 78,3%), una sostanziale tenuta fino al 4° mese e un'attenuazione al 6° mese. Abbastanza contenuta la percentuale di bambini posti a dormire sul fianco, pochissimi hanno dormito in posizione prona.

I possessori di seggiolino per il trasporto in auto passano dal 71,6% alla prima visita al 92,4% al sesto mese, e coloro che lo utilizzano dall'87,4% al 94%. Non abbiamo però indagato sul corretto utilizzo dei mezzi di protezione.

Nel campione il 30,9% delle mamme è fumatrice; circa la metà (il 14,9%) ha continuato a fumare in gravidanza e durante il follow up il 16,8% delle mamme ha ripreso a fumare. Nel 49,5% dei casi ci sono fumatori a casa e solo il 7,5% modifica questo comportamento al controllo del sesto mese. Il 5,3% ha assunto acido folico nel periodo periconcezionale. Il 79,6% ha cominciato ad assumerlo all'inizio del secondo mese di gravidanza.

Discussione

I dati su prevalenza e durata dell'AS a Palermo devono indurre dei cambiamenti. Troppo bassa (56%) la percentuale di bambini che vengono dimessi con AS esclusivo rispetto a quanto riportato da una recente survey nazionale (77%) [8]. I dati sull'allattamento completo alla dimissione e a 4 mesi sono inferiori a quelli del Friuli-Venezia Giulia (64% e 37% vs 85% e 45%) e a quelli dell'Emilia-Romagna a 2 mesi (45% vs 56%) [3-9]. In Sicilia, purtroppo, manca un analogo sistema di rilevamento regionale; gli unici dati di riferimento disponibili sono quelli di "ICONA 2003", studio campionario retrospettivo condotto nel 2001-02, che riporta una prevalenza di AS esclusivo del 40% a 3 mesi e del 18% a 6 mesi, dati abbastanza vicini a quelli rilevati. Non possiamo non citare la storica ricerca dell'ACP del 1994, alla quale alcuni di noi hanno partecipato, che riportava una prevalenza complessiva di allattamento materno del 31,3% a 6 mesi,

con una prevalenza minore nelle Regioni del Sud (27,5%) [10]. Pur essendo ampiamente insoddisfacente, il tasso di prevalenza dell'allattamento esclusivo da noi riscontrato è in crescita rispetto a due ricerche condotte nel 1996 dall'ACP di Palermo (dati non pubblicati) e nel 1998 dall'ACP Trinacria. Abbiamo la sensazione che i dati siano comunque ottimistici, perché prodotti da pediatri motivati (nessuno ha, comunque, seguito corsi strutturati sull'allattamento al seno); in altri contesti, e specie in alcuni quartieri cittadini a forte rischio sociale, crediamo che la situazione sia peggiore. Riteniamo che la sorveglianza vada continuata, coinvolgendo possibilmente tutti i pediatri di Palermo; nello stesso tempo andrebbero riviste l'offerta di informazione sull'allattamento (e di formazione del personale sanitario) alla donna in gravidanza e le pratiche assistenziali di molti ospedali, che di fatto ostacolano l'avvio dell'allattamento al seno [11]. Il contatto precoce "pelle a pelle", il rooming in completo, l'allattamento a domanda con attacco adeguato, l'allontanamento di ciucci e biberon sono fattori che devono far parte di un cambiamento complessivo; è infatti dimostrato che interventi combinati di modifica dell'organizzazione dei servizi sanitari e di formazione del personale sono efficaci nel favorire la promozione dell'allattamento materno [12]. Visto il ritardo con cui avviene il primo contatto con il pediatra di famiglia, dovrebbero essere favoriti accordi per una visita domiciliare entro la prima settimana dalla nascita [13].

Troppo frequente il ricorso al taglio cesareo (50%), contro una media del 20,5% nella UE nel 2002 e una nazionale del 35,2% nel 2004-05, anch'essa in crescita [14].

Per quanto riguarda gli interventi di prevenzione primaria, oltre all'allattamento al seno ne abbiamo studiati altri quattro del progetto 6+1. Abbiamo volutamente escluso le vaccinazioni, che richiederebbero uno studio a parte, e la lettura precoce ad alta voce, per la formazione non uniforme dei partecipanti.

► La posizione supina nel sonno si va lentamente affermando; purtroppo ci sono ancora troppe incertezze nel fornire il consiglio giusto (il 17,3% dei genitori ha avuto il consiglio di porre il bambino sul fianco) e troppe negligenze (il 24% delle famiglie è tornata a casa senza al-

TABELLA 6: POSIZIONE NEL SONNO

	I mese (%)	II mese (%)	III mese (%)	VI mese (%)
Supina	63,9	78,3	70,9	63,3
Quasi sempre supina	14,0	12,2	19,1	20,2
Raramente supina	1,1	1,9	2,8	7,1
Di fianco	9,3	7,2	6,7	8,0
Prona	0,2	0,4	0,4	1,3

cun consiglio). Le famiglie hanno spesso accolto il cambiamento con stupore, ma l'adattamento è stato abbastanza buono.

► Protezione del bambino durante il trasporto in automobile: i dati sono incoraggianti e dimostrano che la nostra implementazione funziona, ma è chiaro che non basta comprare il seggiolino, bisogna saperlo usare correttamente e soprattutto mantenere il comportamento nel tempo.

► L'esposizione del bambino al fumo in gravidanza (il 15% delle donne ha continuato a fumare) e dopo la nascita (nel 50% dei casi c'è almeno un fumatore in casa) è massiccia, malgrado le recenti campagne di informazione e la proibizione del fumo dai luoghi pubblici. Le nostre percentuali di mamme fumatrici, prima durante e dopo la gravidanza, sono maggiori di quelle delle 3 regioni in cui si è svolto lo studio 6+1 [4]. I nostri consigli hanno avuto, su questo tema, una scarsissima efficacia.

► L'assunzione periconcezionale di acido folico è ancora a livelli molto bassi, quasi assente nel periodo precedente il concepimento.

Conclusioni

I dati sull'allattamento consentono un moderato ottimismo; i miglioramenti registrati dovrebbero però essere confermati da studi più ampi e monitorati nel tempo. Molto c'è ancora da fare per migliorare l'informazione alla donna in gravidanza, la formazione del personale sanitario e le routine assistenziali. Per quanto riguarda gli altri interventi di prevenzione primaria i nostri risultati confermano le difficoltà del passaggio delle conoscenze scientifiche nelle pratiche assistenziali (emblematico è il caso della posizione in culla). Esistono già linee guida e raccomandazioni, basate su studi che dimostrano l'efficacia di alcuni interventi per la promozione di determinati comportamenti e stili di vita; si tratta di

incentivare con appositi strumenti il loro adattamento, la loro condivisione da parte di servizi e operatori e il monitoraggio della loro messa in opera [15]. ♦

• *Nessun conflitto di interessi.*

Bibliografia

- [1] UNICEF Breastfeeding management and promotion in a Baby Friendly Hospital, 1993.
- [2] Giovannini M, Riva E, Banderali G, et al. Allattamento al seno nelle diverse aree geografiche d'Italia. *Ital J Pediatr* 2004;31:44-51.
- [3] Cattaneo A, Giuliani C. Breastfeeding in Friuli Venezia Giulia. *Eur J Public Health* 2006;16:111.
- [4] Ronfani L, Tamburlini G. Promozione della salute perinatale e infantile (Progetto "6+1"). Epi-centro 2002.
- [5] Tamburlini G, Ronfani L, Buzzetti R. Indicatori di salute in età evolutiva. *Medico e Bambino* 1999; 18(5):315-20.
- [6] Raccomandazioni per l'assistenza alla madre in puerperio e al neonato. *Medico e Bambino* 2000; 19(1):35-43.
- [7] WHO. Indicators for assessing breastfeeding practices. Geneva: Document WHO,1991.
- [8] Giovannini M, Banderali G, Radaelli G, et al. Monitoring breastfeeding rates in Italy: national surveys 1995 e 1999. *Acta Paediatr*, 2003;92:357-63.
- [9] Ronfani L, Cuoghi C. Prevalenza dell'allattamento al seno in Emilia-Romagna (1999-2002). *Quaderni acp* 2006;13:236-40.
- [10] Conti Nibali S, Castorina N, Pizzimenti G, et al. La pratica dell'allattamento al seno in Italia. *Quaderni acp* 1997;6:10.
- [11] WHO/United Nations Children's Found. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the role of maternity services. Geneva: WHO,1989.
- [12] Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, et al. A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technology Assessment* 2000;4(25).
- [13] ACP - Servizi sanitari per l'età evolutiva. www.acp.it.
- [14] ISTAT Indagine multiscope "Condizioni di salute della popolazione e ricorso ai servizi sanitari", Anni 2004-05. Roma, 2006.
- [15] EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2004. http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm.

Il benessere dei bambini e degli adolescenti nei Paesi ricchi

Giuseppe Cirillo

Dipartimento socio-sanitario, ASL Napoli 1

Abstract

Children's and adolescents' welfare in industrialized countries

The seventh report by the "Innocenti Institute" is designed to monitor and compare the performance of OECD countries in securing the rights of children and adolescents. This report Card provides a comprehensive assessment of children's and young people's lives and well-being in the 21 nations of the industrialized world. Specifically it attempts to measure and compare child well-being under six different headings or dimensions: welfare, health and safety, education, peer and family relationships, behaviours and risks, and young people's own subjective sense of well-being.

Quaderni acp 2007; 14(5): 198-202

Keywords Children. Adolescents. Well-Being. Health. Risks

Il settimo report dell'Istituto per gli Innocenti esamina la condizione dei bambini e degli adolescenti e l'osservanza dei loro diritti nei Paesi dell'OECD. Il documento dà un complessivo giudizio sulla vita e sulle condizioni dei bambini e adolescenti, ma ne esamina poi sei dimensioni: il benessere materiale, la salute e la sicurezza, il benessere educativo, le relazioni familiari, i comportamenti a rischio, il benessere soggettivo. L'articolo di commento che pubblichiamo esamina la situazione dei singoli Paesi nella graduatoria complessiva e nelle singole componenti.

Parole chiave Bambini. Adolescenti. Benessere. Salute. Rischi

Nel settimo report dell'Istituto per gli Innocenti sono analizzati la condizione e il benessere dei bambini e degli adolescenti nelle Nazioni economicamente avanzate dell'OECD: Organizzazione per la Cooperazione Economica e lo Sviluppo (1).

L'analisi è stata realizzata in maniera integrata, considerando non solo le condizioni materiali e il reddito familiare, ma sei grandi dimensioni (benessere materiale, salute e sicurezza, benessere educativo, relazioni familiari e tra pari, comportamenti e rischi, benessere soggettivo). Ciascuna di queste è articolata in due o tre componenti, con circa 40 indicatori complessivamente. Nella **tabella 1** sono illustrati i risultati complessivi e i Paesi sono elencati in ordine al loro rango medio (posizione in una scala ordinale da 1, che corrisponde alla migliore condizione, a 21 che rappresenta l'ultima e la peggiore posizione in classifica) per tutte le sei dimensioni selezionate.

I risultati principali di questa analisi integrata vedono l'Olanda nelle prime dieci Nazioni per quanto riguarda le dimensioni del benessere dei bambini. I Paesi europei

dominano la metà alta della graduatoria con le Nazioni del Nord Europa nei primi quattro posti. Il Regno Unito e gli Stati Uniti sono al terzultimo posto della graduatoria per quanto riguarda cinque su sei delle dimensioni considerate. Non ci sono relazioni evidenti tra reddito pro capite e livello di benessere dei bambini tanto che la Repubblica Ceca si trova ai maggiori livelli di benessere dei bambini rispetto ad un gran numero di paesi con redditi medi certamente più alti quali Francia, Austria, Stati Uniti e Regno Unito.

È stata poi utilizzata una scala comune per attribuire un punteggio complessivo a ciascuna dimensione calcolando la media delle componenti scelte per rappresentare ciascuna dimensione; nel caso in cui c'erano più di un indicatore per valutare una componente è stata fatta la media dei punteggi degli indicatori. È stato attribuito un uguale peso alle componenti selezionate per ciascuna dimensione e agli indicatori scelti per ciascuna componente.

I punteggi sono stati calcolati con la deviazione normale standardizzata. L'unità di misura utilizzata in questa scala è la

deviazione standard, in altre parole un punteggio di + 1,5 significa che il punteggio di un Paese è 1,5 volte la deviazione standard. Per facilitare poi l'interpretazione, i punteggi di ciascuna dimensione sono presentati su di una scala con una media di 100 e una deviazione standard di 10.

1. Il benessere materiale

La prima dimensione, il **benessere materiale** è costituita da tre componenti: povertà, lavoro e riferita deprivazione e dagli indicatori relativi (**tabella 2**).

Per quanto riguarda la prima componente il più basso tasso di povertà relativa (sotto il 5%) è stato rilevato nei quattro Paesi del Nord Europa. La povertà dei bambini rimane intorno al 15% nei tre Paesi del Sud Europa (Portogallo, Spagna e Italia) e in tre Paesi anglofoni (Regno Unito, Stati Uniti e Irlanda). La Repubblica Ceca si inserisce in graduatoria in una posizione abbastanza più alta rispetto a Paesi più ricchi quali Germania, Italia, Stati Uniti, Regno Unito. L'Irlanda, nonostante la grande crescita economica degli anni '90, si piazza al 22° posto su 25 Nazioni.

La seconda componente, il lavoro, misura un aspetto differente della povertà e gli Stati Uniti, per esempio, risalgono dagli ultimi posti al 5° posto mentre la Norvegia crolla dal 3° al 14° posto. Questi cambiamenti potrebbero riflettere basse paghe per i lavoratori adulti in alcuni Paesi e benefici alti per i disoccupati in altri Paesi.

La terza componente che misura un aspetto della vita dei ragazzi, per cui sono scarsi i dati omogenei nei vari Paesi, è caratterizzata da tre indicatori che sono stati misurati attraverso la somministrazione di questionari a campioni di ragazzi nei vari Paesi.

L'Italia si posiziona al 14° posto nella dimensione complessiva, mentre Norvegia, Olanda, Canada, Finlandia, Nuova Zelanda si situano nei primi 5 posti.

Per corrispondenza:

Giuseppe Cirillo

e-mail: peppe.cirillo@libero.it

salute pubblica

TABELLA 1: I PAESI SONO ELENCATI IN ORDINE AL LORO RANGO MEDIO (VEDI TESTO)

Dimensione benessere	Posizione media (per tutte le 6 dimensioni)	Dimens. 1 Benessere materiale	Dimens. 2 Salute e sicurezza	Dimens. 3 Benessere educativo	Dimens. 4 Relazioni familiari e tra pari	Dimens. 5 Comportamenti e rischi	Dimens. 6 Benessere soggettivo
Olanda	4,2	10	2	6	3	3	1
Svezia	5,0	1	1	5	15	1	7
Danimarca	7,2	4	4	8	9	6	12
Finlandia	7,5	3	3	4	17	7	11
Spagna	8,0	12	6	15	8	5	2
Svizzera	8,3	5	9	14	4	12	6
Norvegia	8,7	2	8	11	10	13	8
Italia	10,0	14	5	20	1	10	10
Irlanda	10,2	19	19	7	7	4	5
Belgio	10,7	7	16	1	5	19	16
Germania	11,2	13	11	10	9	19	16
Canada	11,8	6	13	2	18	17	15
Grecia	11,8	15	18	16	11	8	3
Polonia	12,3	21	15	3	14	2	19
Rep. Ceca	12,5	11	10	9	19	9	17
Francia	13,0	9	7	18	12	14	18
Portogallo	13,7	16	14	21	2	15	14
Austria	13,8	8	20	19	16	16	4
Ungheria	14,5	20	17	13	6	18	13
Stati Uniti	18,0	17	21	12	20	20	-
Regno Unito	18,2	18	12	17	21	21	20

TABELLA 2: COMPONENTI DELLA PRIMA DIMENSIONE

Componente	Indicatori
Povert� Reddito relativo	Percentuale di bambini che vivono in case con un reddito equivalente inferiore al 50% della media nazionale
Famiglia senza lavoro	Percentuale di bambini in famiglie senza un adulto occupato
Riferita deprivazione	Percentuale di bambini che riferiscono una scarsa ricchezza familiare Percentuale di bambini che riferiscono scarse risorse educative Percentuale di bambini che riferiscono meno di 10 libri in casa

TABELLA 3: COMPONENTI DELLA SECONDA DIMENSIONE

Componente	Indicatori
Salute nel primo anno di vita	Numero di bambini morti prima del 1° anno per 1000 nati Percentuale di bambini nati con un basso peso (< 2500 g)
Servizi sanitari di prevenzione	Percentuale di bambini tra 12 e 23 mesi immunizzati per morbillo-DPT e Polio
Sicurezza	Morti per incidenti o violenza per 100.000 di et� tra 0 e 19 anni

2. La salute e la sicurezza

La seconda dimensione, cio  **la salute e la sicurezza**,   caratterizzata da tre componenti: salute nel primo anno di vita con due indicatori, l'accesso ai servizi di prevenzione con un solo indicatore e la sicurezza con un solo indicatore (*tabella 3*).

L'Italia si pone per la dimensione complessiva al 5° posto, le Nazioni europee si trovano nella met  pi  alta della graduatoria con i primi cinque posti occupati dai quattro Paesi del Nord Europa e dall'Olanda. Anche in questo caso la Repubblica Ceca si posiziona meglio di Paesi pi  ricchi quali Germania, Regno Unito e Stati Uniti. Per quanto riguarda l'indicatore mortalit  infantile, l'Italia si trova all'11° posto, ci sono ancora sensibili differenze nei vari Paesi e si va dal 3 per mille dell'Islanda (al 1° posto) al 6 per mille di Polonia, Ungheria e Stati Uniti (rispettivamente al 19°, 20° e 21° posto). Per quanto evento raro, la mortalit  infantile pu  anche essere valutata

come misura della qualità dell'assistenza in gravidanza soprattutto nella popolazione a rischio di esclusione sociale.

Per il secondo indicatore (bambini con un peso inferiore a 2500 gr alla nascita) l'Italia si fissa al 13° posto, con Grecia e Ungheria agli ultimi posti e Islanda, Finlandia e Svezia nei primi tre posti, cioè con la percentuale più bassa di neonati di basso peso. Per la componente accesso ai servizi di prevenzione, come già detto caratterizzata dalla copertura immunitaria dei bambini tra i 12 e i 23 mesi per DPT, Polio e Morbillo, complessivamente la copertura non scende in media al di sotto dell'80%, anche se nel caso delle vaccinazioni gli standard accettabili sono sempre molto alti. Per questa componente l'Italia si pone al 17° posto mentre i primi posti sono occupati da Ungheria, Repubblica Ceca, Polonia, Danimarca e Olanda. Gli ultimi posti sono occupati da Nuova Zelanda, Irlanda e Austria. Infine la terza componente, la sicurezza misurata attraverso l'indicatore tasso di morti tra bambini e ragazzi causati da incidenti, omicidi, suicidi e violenza, va da un tasso inferiore a 10 per 100.000 della Svezia, Regno Unito, Olanda e Italia, a tassi comunque inferiori a 20 per 100.000 del resto dei Paesi dell'OECD. È stata, comunque, registrata una forte riduzione del tasso di incidenti negli ultimi 30 anni, di almeno il 50%.

3. Il benessere educativo

La terza dimensione è misurata attraverso tre componenti: i risultati scolastici a 15 anni con tre indicatori relativi all'acquisizione di conoscenze specifiche, i risultati oltre la scuola dell'obbligo valutati attraverso la percentuale di ragazzi di 15-19 anni che continuano a studiare e la transizione al lavoro misurata da due indicatori, il primo che valuta i ragazzi fuori da tutti i circuiti formativi e lavorativi e il secondo che misura l'aspettativa di lavoro a bassa qualifica (tabella 4).

La terza dimensione complessivamente vede l'Italia al penultimo posto (si veda anche F. Ciotti in Quaderni acp 2007;14: 152) subito prima del Portogallo; il Belgio e il Canada sono ai primi due posti, gli Stati Uniti, la Francia e l'Austria, insieme ai Paesi del Sud Europa, risultano nei posti più bassi. La Polonia si situa al terzo posto nonostante sia il Paese più povero. L'acquisizione com-

TABELLA 4: COMPONENTI DELLA TERZA DIMENSIONE

Componente	Indicatori
Risultati scolastici a 15 anni	Acquisizione media della letteratura Acquisizione media della matematica Acquisizione media delle scienze
Risultati oltre la scuola dell'obbligo	Percentuale dei ragazzi tra 15 e 19 anni che continuano a studiare
La transizione al lavoro	Percentuale dei ragazzi tra 15 e 19 anni che non studiano, non sono in programmi formativi e non lavorano Percentuale dei ragazzi con più di 15 anni che aspettano di trovare solo un lavoro di basso livello

TABELLA 5: COMPONENTI DELLA QUARTA DIMENSIONE

Componente	Indicatori
Struttura familiare	Percentuale di bambini che vivono in famiglie con un solo genitore Percentuale di bambini che vivono in famiglie non di origine
Relazioni familiari	Percentuale di bambini che dichiarano di mangiare il principale pasto della giornata con i genitori più di una volta alla settimana Percentuale di bambini che dichiarano che i genitori dedicano del tempo a parlare con loro
Relazioni tra pari	Percentuale di bambini di 11, 13 e 15 anni che dichiarano che i loro pari sono gentili e di aiuto

TABELLA 6: COMPONENTI DELLA QUINTA DIMENSIONE

Componente	Indicatori
Comportamenti di salute	Percentuale di bambini che fanno colazione Percentuale che mangia frutta ogni giorno Percentuale di attività fisica Percentuale di sovrappeso
Comportamenti a rischio	Percentuale di ragazzi di 15 anni che fumano Percentuale di ragazzi che si sono ubriacati più di due volte Percentuale di uso della <i>Cannabis</i> Percentuale di ragazzi che hanno avuto rapporti sessuali Percentuale di uso del preservativo Tasso di fertilità nelle adolescenti
Esperienza di violenza	Percentuale di ragazzi di 11, 13 e 15 anni coinvolti negli ultimi mesi in risse Percentuale di vittime di bullismo riferito negli ultimi 2 mesi

TABELLA 7: COMPONENTI DELLA SESTA DIMENSIONE

Componente	Indicatori
Salute	Percentuale di ragazzi che valutano la loro salute non più di buona o scarsa
Vita scolastica	Percentuale di ragazzi che va a scuola con piacere
Benessere personale	Percentuale di bambini che valutano se stessi circa a metà della "Life Satisfaction Scale" Percentuale di ragazzi che valutano in modo negativo il loro benessere

plessiva di abilità nelle materie letterarie, scientifiche e nella matematica (i tre indicatori della prima componente) vede ai primi tre posti Finlandia, Canada e Australia. I quattro Paesi del Sud Europa, Grecia, Italia, Spagna e Portogallo, occupano gli ultimi quattro posti, la Norvegia e la Danimarca che solitamente occupano i primi posti per le condizioni sociali si trovano al 18° e 19° posto rispettivamente. La Repubblica Ceca anche in questo caso si situa in una posizione più alta rispetto a molti Paesi più ricchi. La seconda componente, risultati oltre la scuola dell'obbligo, misurata attraverso l'indicatore della percentuale di ragazzi tra 15 e 19 anni che continuano a studiare, vede la metà alta della graduatoria occupata dai Paesi del Nord Europa.

Un'altra componente considerata è il passaggio dalla formazione al lavoro; chiaramente questo passaggio è influenzato tanto dalla qualificazione raggiunta a scuola quanto dal tirocinio e dalle opportunità lavorative successive. Due indicatori complementari sono stati scelti per studiare questa dimensione: il primo è rappresentato dalla percentuale di giovani di età tra i 15 e i 19 anni che non sono impegnati in un ciclo formativo o tirocinio o attività lavorativa; il secondo è rappresentato dalla percentuale di giovani che alla domanda "che cosa pensi di fare all'età di circa 30 anni" risponde: un lavoro che non richieda una particolare qualifica, cioè che non richieda ulteriore formazione o specializzazione. Per quanto riguarda il 1° indicatore, Francia, Italia e Austria si situano al fondo della classifica generale con circa il 10% dei ragazzi non impegnati in un percorso formativo né in una attività lavorativa a fronte dei primi tre Paesi in graduatoria (Norvegia, Danimarca e Polonia) con percentuali di circa il 5%. Il secondo indicatore, aspettativa di un lavoro poco qualificato, vede l'Italia all'11° posto, mentre Stati Uniti, Polonia, Grecia e Portogallo sono ai primi quattro posti: cioè una minore percentuale di ragazzi è rassegnata a un lavoro di bassa qualifica.

4. Il sistema di relazioni

Questa dimensione è caratterizzata da tre componenti: la struttura familiare con due indicatori, le relazioni familiari con due indicatori e quelle

tra pari con un solo indicatore (*tabella 5*).

L'Italia si situa al 1° posto complessivamente, seguita immediatamente dagli altri Paesi del Sud Europa. Per quanto riguarda la prima componente, percentuale di bambini che vivono con un solo genitore o in una famiglia diversa da quella di origine, in Italia e Grecia circa l'80% dei ragazzi vive con tutti e due i genitori a fronte del 70% del Regno Unito e il 60% degli Stati Uniti. La componente qualità delle relazioni familiari con l'indicatore "percentuale di ragazzi di 15 anni che fanno ogni giorno un pasto principale insieme ai genitori" e "percentuale dei bambini che parlano regolarmente con i genitori" mostra una graduatoria che va dal 50% della Germania, Islanda e Canada, a valori al massimo della scala di più del 90% dell'Italia. I rapporti con i pari risultano particolarmente buoni in Svizzera, Portogallo, Austria e Svezia; l'Italia, invece, si posiziona al 17° posto.

5. I comportamenti e i rischi

Questa dimensione è caratterizzata da tre componenti: comportamenti di salute con quattro indicatori (ragazzi che fanno colazione, che mangiano frutta, che svolgono attività fisica e che non sono sovrappeso), comportamenti a rischio con cinque indicatori (uso di tabacco, alcool, *Cannabis*, esperienze sessuali, fertilità in adolescenti) ed esperienze di violenza con due indicatori (risse e bullismo) (*tabella 6*).

Per la dimensione complessiva l'Italia si situa al 10° posto; Svezia, Polonia e Olanda sono nei primi tre posti; Belgio, Regno Unito e Stati Uniti sono in coda alla graduatoria.

Per quanto riguarda la componente i comportamenti di salute, la percentuale di ragazzi che mangia frutta almeno una volta al giorno è di circa il 30% in tutti i Paesi. In generale solo un terzo dei ragazzi fa esercizio fisico per un'ora o più al giorno per cinque o più giorni alla settimana. L'Italia è al 17° posto. I ragazzi si esercitano maggiormente in Irlanda, Canada e Stati Uniti e meno in Belgio e Francia. In Polonia e Olanda c'è la più piccola proporzione di ragazzi in sovrappeso, mentre la più alta proporzione si ritrova nei quattro Paesi del Sud Europa (Spagna, Grecia, Italia e Porto-

gallo) oltre a Stati Uniti, Canada e Regno Unito.

Per quanto riguarda i rischi complessivamente considerati (tabacco, alcool e droghe, attività sessuale a rischio e gravidanza in età adolescenziale) i tre posti in fondo alla graduatoria sono occupati dai tre Paesi anglofoni (con il Regno Unito al fondo della graduatoria). L'Italia si situa al 3° posto dopo Grecia e Spagna. In particolare, per quanto concerne il fumo di tabacco, l'84% dei ragazzi di 11, 13 e 15 anni non fuma, nella maggior parte dei Paesi, meno del 15% dei ragazzi fa uso abituale di alcool, anche se in Olanda si raggiunge il 25% e nel Regno Unito il 30%. La *Cannabis* è usata da meno del 5% dei ragazzi in Grecia e Svezia e da più del 30% in Canada, Spagna, Svizzera, Stati Uniti e Regno Unito. L'Italia si situa al 10° posto con circa il 20%.

Per l'attività sessuale per 16 dei 17 Paesi per cui sono disponibili i dati, la proporzione a 15 anni di inizio dell'attività sessuale è tra il 15 e il 28%, il Regno Unito è invece al 40%, l'Italia si situa al 10° posto con meno del 25%. La fertilità adolescenziale varia considerevolmente da meno di 5 a più di 45 nascite per mille ragazze da 15 a 19 anni, con Stati Uniti e Regno Unito al fondo della graduatoria con circa 30 nascite e con l'Italia al 5° posto con circa 7-8 nascite.

Per quanto riguarda poi la componente "esperienza di violenza" in tutte le sue forme come bullismo, rissa, abuso (per la quale i dati sono abbastanza scarsi), la proporzione dei ragazzi coinvolti negli ultimi 12 mesi in risse in 18 dei 21 Paesi esaminati è stato di un terzo, variando da circa il 30% in Finlandia e Germania a più del 45% nella Repubblica Ceca e Ungheria. L'Italia è al 5° posto.

6. La sensazione soggettiva di benessere

La sesta e ultima dimensione viene valutata attraverso tre componenti: valutazione della propria salute, benessere nell'andare a scuola e valutazione del proprio benessere complessivo (*tabella 7*).

Abbiamo, per tutte le componenti, l'Italia al 10° posto; l'Olanda, la Spagna e la Grecia ai posti più alti della graduatoria, mentre ai posti più bassi troviamo Polonia e Regno Unito. In generale circa l'80% dei ragazzi considera comunque la propria salute come buona o eccellente

tranne che nel Regno Unito. Per la seconda componente, la vita scolastica con l'indicatore andare a scuola con piacere, l'Italia si pone al terz'ultimo posto, seguita da Repubblica Ceca e Finlandia. Ai primi posti troviamo Norvegia, Austria, Olanda e Portogallo. Per quanto riguarda la terza componente, il benessere personale, circa l'80% in generale, è soddisfatto del proprio benessere, con l'Italia al 13° posto, Norvegia, Portogallo e Polonia agli ultimi posti e Olanda, Grecia e Finlandia ai primi posti, in graduatoria. È forse la prima volta che viene effettuata un'analisi così approfondita sul benessere e la qualità della vita dei bambini e ragazzi nei Paesi sviluppati. Infatti l'analisi non si limita al benessere materiale ma esplora aree della vita complessiva con uno sguardo multidimensionale assolutamente innovativo. Pur con i limiti di alcune dimensioni, soprattutto quelle soggettive, sarebbe interessante riprodurre una simile analisi per aree geografiche più piccole, su scala regionale o meno, in modo da evidenziare anche differenze e disuguaglianze tra regioni e territori all'interno dei singoli Paesi. ♦

Per approfondimenti: www.unicef.org.irc

(1) Olanda, Svezia, Danimarca, Finlandia, Spagna, Svizzera, Norvegia, Italia, Irlanda, Belgio, Germania, Canada, Grecia, Polonia, Repubblica Ceca, Francia, Portogallo, Austria, Ungheria, Stati Uniti, Regno Unito. Alcuni Paesi aderenti all'OECD non sono compresi in tutte le dimensioni dello studio per insufficienza di dati disponibili: Australia, Giappone, Lussemburgo, Messico, Nuova Zelanda, Repubblica Slovacca, Corea del Sud, Turchia.

La Pediatria dello sviluppo e del comportamento

1° CONGRESSO, NAPOLI, 22-24 NOVEMBRE

Centro Congressi Ateneo Federico II, Monte S. Angelo (Sala Azzurra)
Via Cinthia, 26 - Napoli

I temi di questa subspecialità pediatrica, ben consolidata negli Stati Uniti, ma alquanto trascurata nel nostro Paese, attengono a problematiche formative, culturali e di prassi clinica cruciali per la professionalità del medico specialista dell'età evolutiva.

GIOVEDÌ 22 NOVEMBRE

I Sessione **Le basi neurobiologiche dello sviluppo.** Moderatori: G. Andria, E. Del Giudice

- 14,00 Registrazione dei partecipanti
- 15,00 Apertura del Congresso
- 15,30 *La formazione del cervello e della corteccia cerebrale* (E. Boncinelli)
- 16,00 *Le basi neurobiologiche della cognizione e dell'affettività* (A. Zuddas)
- 16,30 *Neuroimaging funzionale nei disturbi dello sviluppo e del comportamento* (F. Di Salle)
- 17,00 Discussione
- 17,30 Chiusura dei lavori

VENERDÌ 23 NOVEMBRE

II Sessione **Il contesto culturale dello sviluppo infantile normale e patologico**

Moderatori: G. Di Mauro, A. Pascotto

- 8,30 *Il bambino, il pediatra e la società contemporanea* (A. Rubino)
- 9,00 *Epidemiologia sociale del disagio infantile* (E. Amaturò)
- 9,30 Discussione

III Sessione **Gli ambiti di interesse della Pediatria dello sviluppo e del comportamento**

Moderatori: P. Di Pietro, L. Pavone

- 9,45 *La Pediatria dello sviluppo e del comportamento nel panorama italiano* (E. Del Giudice)
- 10,15 *Gli aspetti basilari dello sviluppo e del comportamento infantile* (A. Romano, F. Imperati)
- 10,45 Discussione

IV Sessione **Le procedure di screening.** Moderatori: G. Cirillo, R. Sassi

- 11,30 *Lo screening di sviluppo* (E. Piro)
- 12,00 *Lo screening dei problemi affettivo-emozionali e di comportamento* (C. Bravaccio)
- 12,30 *La valutazione formale di secondo livello* (F. Ciotti)
- 13,00 Discussione

V Sessione **La Pediatria dello sviluppo e del comportamento come disciplina trasversale all'interno della Medicina dell'Età Evolutiva**

- 14,30 *La situazione internazionale relativa agli ambiti delle neuroscienze cliniche pediatriche* (P. Balestri)
- 15,00 *I rapporti tra Developmental-Behavioral Pediatrics e Neuropsichiatria infantile* (P. Curatolo)
- 15,30 *La gestione del bambino con disabilità cronica* (P. Mastroiaco)
- 16,30 *Una esperienza collaborativa tra pediatri di famiglia e neuropsichiatri infantili* (S. Corbo, F. Marolla)
- 17,00 *Supporto alla funzione genitoriale e promozione della salute in età evolutiva: l'esperienza di Napoli* (C. Di Maio)
- 17,30 Discussione
- 18,00 Chiusura dei lavori

SABATO 24 NOVEMBRE

VI Sessione **Diagnosi precoce e counselling.** Moderatori: A. Improta, R. Militerni

- 8,30 *Identificazione precoce dei disturbi dell'attenzione* (E. Mercuri)
- 9,00 *Il counselling pediatrico per l'individuazione precoce del disagio psichico* (M. Gangemi)
- 9,30 Discussione
- 9,45 Lettura magistrale
Developmental-Behavioral Pediatrics in the US: state of the art (W. Barbaresi)

VII Sessione

- 11,15 Tavola rotonda: *Le istituzioni e i mezzi di comunicazione nella promozione del benessere psichico del bambino.* Moderatore: A. Rubino
Partecipano: A. Bottino, P. Cerato, R. D'Amelio, G. Del Bello, E. Franzoni, A. Ponticelli, A. Tedeschi
- 13,00 Discussione

Quota di iscrizione

- Entro il 15/10/2007 € 150,00 (+ IVA 20%)
- Dal 16/10/2007 € 180,00 (+ IVA 20%)

Il corso è aperto a 150 medici e 50 psicologi per l'assegnazione dei crediti ECM "Educazione Continua in Medicina". La partecipazione è consentita a genitori e insegnanti, in qualità di uditori, per un numero limitato di posti.

I farmaci: inquinanti ambientali ubiquitari

Ettore Zuccato, Sara Castiglioni, Renzo Bagnati, Roberto Fanelli
Dipartimento Ambiente e Salute, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri"

Abstract

Drugs: omnipresent pollutants in the environment

Pharmaceuticals are a new class of widespread environmental pollutants, contaminating the environment from a myriad of scattered entry points. Improper disposal and industrial emission contribute to the pollution but the major source of the contamination is the patient itself. Once administered pharmaceuticals are excreted unmetabolised with the urine or stools. With the wastewater they reach the treatment plants which are unable to remove complex molecules. Therefore several pharmaceuticals persist in the treated water and contaminate the environment. Several active substances can be commonly measured in surface water of rivers and lakes, at low but potentially toxic concentrations. Pharmaceuticals in the environment are becoming a subject of global concern, with potential environmental consequences. Regulatory guidelines have been proposed by the EMEA, while other proposals to reduce the environmental pollution by these substances are provided by the "green pharmacy". The sewage system is an important key point to control the environmental contamination, but treatment plants are unable to remove efficiently a substantial part of the pharmaceuticals. However the efficiency of drug removal could be improved but with long time and high costs. Meanwhile education and information of patients and doctors on proper disposal and use of medications could reduce the burden of pharmaceuticals contaminating the environment, mitigating their potential hazard.

Quaderni acp 2007; 14(5): 203-206

Keywords Pharmaceuticals. Environment. Wastewater. Ecotoxicology

I farmaci sono una nuova classe di inquinanti ambientali ubiquitari. Contaminano l'ambiente attraverso una serie di fonti diffuse. Lo smaltimento improprio e l'industria contribuiscono a questo fenomeno, ma la fonte principale dell'inquinamento è il paziente stesso. Una volta somministrati, molti farmaci non sono metabolizzati e vengono escreti come tali. Con le acque fognarie raggiungono i depuratori che non sono in grado di degradare molecole complesse. Molte di queste sostanze persistono quindi nelle acque di scarico "depurate" e contaminano l'ambiente. Numerose sostanze attive sono comunemente presenti nelle acque dei fiumi e dei laghi di aree densamente popolate, in concentrazioni relativamente basse ma ancora potenzialmente tossiche. L'EMA ha recentemente proposto una serie di linee-guida per regolare la materia, mentre altre proposte per ridurre l'impatto ambientale dei farmaci arrivano dalla "green pharmacy". I depuratori urbani rappresentano un punto importante per controllare l'inquinamento ambientale, ma gli impianti di trattamento attuali non sono in grado di rimuovere i farmaci in maniera efficace. L'efficienza della depurazione potrebbe comunque essere migliorata, ma questo richiede tempi e investimenti considerevoli. Nel frattempo, l'educazione di medici e pazienti, per lo smaltimento appropriato e per l'uso corretto dei farmaci, può contribuire a ridurre i quantitativi di sostanze attive che si riversano nell'ambiente, mitigandone i potenziali rischi.

Parole chiave Farmaci. Ambiente. Depuratori. Ecotossicologia

Introduzione

I farmaci, oltre a essere agenti per la terapia e la prevenzione delle malattie che conosciamo, sono anche degli inquinanti ambientali. Una buona parte delle decine di migliaia di tonnellate di farmaci vendute ogni anno nel mondo finisce infatti

nell'ambiente. Le fonti dell'inquinamento sono molteplici. Molti farmaci scaduti o inutilizzati non vengono smaltiti in maniera corretta ma finiscono nell'immondizia o nella rete fognaria, contribuendo così a contaminare il terreno e le acque. Lo smaltimento improprio contri-

buisce quindi all'inquinamento ambientale, come vi concorrono gli scarichi dell'industria. La fonte principale di inquinamento non è però questa, ma è l'ammalato [1-2]. Molti farmaci che assumiamo, dopo aver svolto la loro azione nel nostro corpo, vengono escreti assieme alle urine o alle feci come tali, senza essere metabolizzati, oppure come metaboliti attivi. Assieme alle acque fognarie raggiungono i grandi depuratori urbani (quando ci sono), che sono costruiti per degradare i carichi organici, non i farmaci [3]. I principi attivi non vengono quindi rimossi o distrutti dai depuratori e le acque depurate, ancora ricche di farmaci (figura 1), si riversano nei canali ricipienti, portando questo carico di inquinanti fino ai fiumi e ai laghi [1-3]. In questo modo, tonnellate di sostanze attive, come antibiotici, antineoplastici, estrogeni ecc. si riversano ogni anno nelle acque superficiali. Una volta nell'ambiente, il farmaco, a seconda delle sue caratteristiche, viene degradato, oppure può persistere a lungo, accumulandosi. Farmaci come eritromicina, ciclofosfamida, naproxene, sulfametossazolo, sulfasalazina, hanno una vita media nell'ambiente superiore a un anno [4-5]. L'acido clofibrato, il principale metabolita del clofibrato, un vecchio ipolipemizzante, ha una persistenza ambientale di circa ventuno anni [6].

Quali e quanti farmaci

Questa nuova problematica ambientale è stata riconosciuta in tempi relativamente recenti. Alcuni studi pionieristici sono apparsi in letteratura negli anni Ottanta, ma i primi studi specifici e sistematici sono della fine degli anni Novanta. Campagne analitiche sono state condotte prima nel Nord Europa [7-8], poi in vari Paesi del mondo [9], confermando che quello da farmaci è un inquinamento diffuso, di natura antropogenica, strettamente correlato alla presenza umana [1-2]. I farmaci che più comunemente vengono trovati sono, in genere, quelli

Per corrispondenza:
Ettore Zuccato
e-mail: zuccato@marionegri.it

maggiormente usati, in quantitativi elevati, ma con molte eccezioni. Vi sono farmaci utilizzati in notevoli quantitativi che non si ritrovano nell'ambiente per-

ché rapidamente degradati (per esempio, amoxicillina); ve ne sono altri, usati in quantitativi non così elevati, che si ritrovano in concentrazioni elevate perché

sono estremamente persistenti (per esempio, carbamazepina, acido clofibrico) (tabella 1).

Una delle prime campagne di monitoraggio è stata condotta in Italia. I risultati di questa ricerca, sebbene recenti, sono diventati già un classico della letteratura di settore [2, 10]. Nelle acque lombarde e nei sedimenti dei fiumi Po, Lambro e Adda, nonché negli acquedotti di Varese e Lodi, sono stati trovati antibiotici (lincomicina ed eritromicina), antitumorali (ciclofosfamide), antinfiammatori (ibuprofene), diuretici (furosemide), antipertensivi (atenololo), e inoltre bezafibrato, ranitidina, spiramicina nelle acque di fiume; diazepam e clofibrato nelle acque potabili di Lodi; tracce di diazepam a Varese (tabella 2).

Le ricerche si sono allargate poi ad altre aree del territorio italiano e ovunque i risultati confermano la presenza di farmaci nell'ambiente acquatico [11-12]. Nel confronto su scala europea quello che cambia è solo il tipo di sostanza: nel Nord Europa, ad esempio, si riscontra una maggiore presenza di sedativi e antidepressivi, nel Sud di antibiotici [1]. Analoghi anche i risultati oltreoceano.

FIGURA 1: FARMACI ANCORA PRESENTI NELLE ACQUE DEPURATE DA ALCUNI IMPIANTI DI DEPURAZIONE IN ITALIA E CHE SI RIVERSANO NELL'AMBIENTE (MEDIA DI 9 DEPURATORI, CONCENTRAZIONI IN MG/M³) [22]

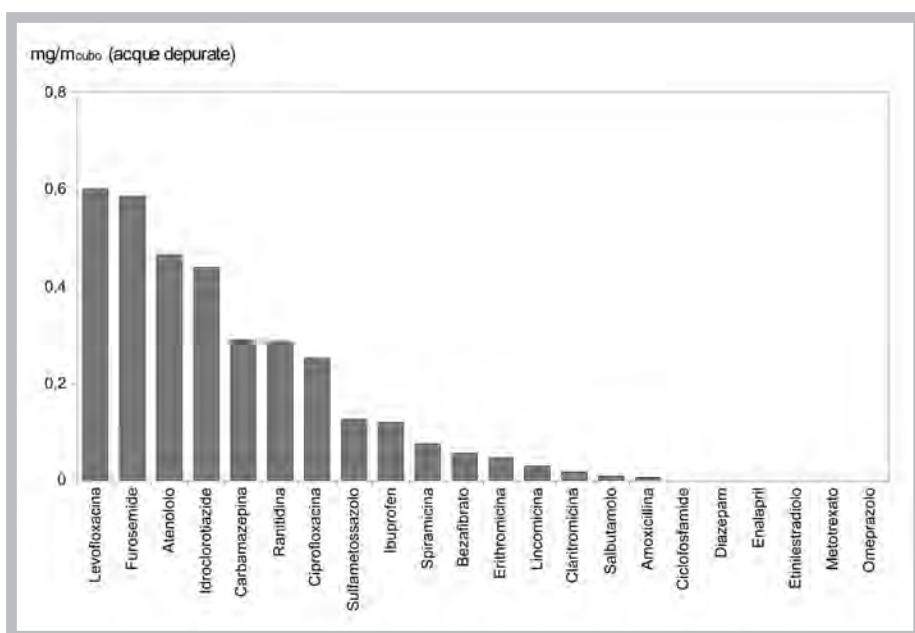


TABELLA 1: I PRINCIPALI FARMACI CHE SI RITROVANO NELLE ACQUE DI FIUMI E LAGHI IN EUROPA [1]

Penicilline	Amoxicillin
Tetracicline	Tetracycline, Chlortetracycline, Oxytetracycline
Chinoloni	Ciprofloxacina, Ofloxacina, Norfloxacina, Enrofloxacina
Macrolidi-lincosamidi	Clarithromycin, Erythromycin, Dehydro-erythromycin, Lincomycin, Spiramicin, Roxithromicin
Sulfonamidi	Sulphamethoxazole, Sulphadimethoxine, Sulphamethazine, Sulphathiazole
Anti-infiammatori, Analgesici	Ibuprofen, Paracetamol, ASA, Diclofenac, 4-Aminoantipyrine, Aminophenazone, Codeine, Fenoprofen, Hydrocortone, Indometacine, Ketoprofen, Mefenamic acid, Naproxen, Phenazone, Propyphenazone
Cardiovascolari	Atenolol, Metoprolol, Propanolol, Betaxolol, Bisoprolol, Nadolol, Sotalol, Enalapril, Enalaprilat, Nifedipine, Diltiazem
Ipolipemizzanti	Bezafibrate, Clofibric acid, Gemfibrozil, Fenofibric acid
Diuretici	Furosemide, Hydrochlorothiazide
Antidiabetici	Glibenclamide, Metformin, Chlorpropamide
Gastrointestinali	Omeprazolo, Ranitidina, Cimetidina
Farmaci per il SNC	Carbamazepine, Primidone, Diazepam, Fluoxetine, Pentobarbital, Phensuximide
Broncodilatatori	Salbutamol, Terbutaline, Clenbuterol, Fenoterol
Estrogeni, Ormoni	Ethinylestradiol, Mestranol
Antitumorali	Cyclophosphamide, Ifosfamide
Farmaci veterinari	Oleandomycin, Oxytetracycline, Tilmicosin, Tylosin, Chloramphenicol
Vari	Trimethoprim, Pheneturide, Pentoxifylline
Mezzi di contrasto	Diatrizoate, Iohexol, Iopamidol, Iomeprol, Iothalamic acid, Ioxithalamic acid, Amidotrizoic acid, Gadolinium organic complexes

TABELLA 2: ALCUNI DATI QUANTITATIVI DI FARMACI NELLE ACQUE DI FIUME (PO, ADDA, LAMBRO) E POTABILI (VARESE, LODI, MILANO) IN ITALIA [2]

Farmaci	Acque potabili	Acque di fiume
Atenololo	-	+++
Bezafibrato	-	+++
Ceftriaxone	-	-
Acido clofibrico	+	-
Ciclofosfamida	-	+
Diazepam	++	+
Eritromicina	-	++
Furosemide	-	++
Ibuprofene	-	+++
Lincomicina	-	++
Oleandomicina	-	+
Ranitidina	-	+
Salbutamolo	-	+
Spiramicina	-	++
Tilmicosina	-	-
Tilosina	+	+

+ inferiore a 0,01 microgrammi/litro; ++ tra 0,01 e 0,1 microgrammi/litro; +++ tra 0,1 e 1 microgrammi/litro; - assenza

Negli Stati Uniti, dove recentemente si è conclusa un'intensa campagna di monitoraggio condotta dall'US Geological Survey durata tre anni, l'80% dei corsi d'acqua analizzati ha rivelato la presenza di farmaci (soprattutto ormoni e antibiotici) ma anche saponi, profumi, nicotina, caffeina [13].

I rischi per l'ambiente e per l'uomo

I farmaci possono produrre effetti avversi sull'ambiente e sull'uomo. Le concentrazioni ambientali misurate (al massimo alcuni mg/metro cubo di acqua) sono molto inferiori a quelle in grado di esercitare effetti tossici "acuti" sull'uomo, ma non va sottovalutato il fatto che tramite l'acqua e la catena alimentare si può verificare un'esposizione continuata [5]. Rimangono quindi da accertare i possibili effetti avversi per la salute umana derivanti dall'esposizione cronica, ad esempio le allergie, oppure l'antibiotico-resistenza.

Lo sviluppo nell'ambiente di ceppi batterici patogeni resistenti ai più comuni antibiotici potrebbe infatti essere una via attraverso cui l'antibiotico-resistenza si diffonde [14].

Più provate le implicazioni ambientali, che riguardano in particolare i farmaci ad azione ormonale, i cosiddetti *endocrine disruptors*.

Diminuzione della qualità dello sperma, alterazione nel comportamento sessuale e ritardo nella maturazione di rane e pesci, sono alcuni degli esempi riportati in letteratura [15].

Altri farmaci con possibili effetti ambientali sono gli antibiotici, in grado di modificare i batteri del terreno, e i farmaci antitumorali, che sono spesso potenti agenti citostatici o citolitici. In particolare, occorre considerare che gli organismi acquatici vengono esposti, per tutta la loro esistenza, a complesse miscele di farmaci e di numerosi altri agenti chimici presenti nelle acque. Molte di queste sostanze hanno attività additiva o sinergica, e il loro effetto sui bersagli può venire quindi notevolmente potenziato.

Un recente studio in laboratorio ha mostrato che una miscela di farmaci, alle concentrazioni effettivamente ritrovate nell'ambiente acquatico di alcune zone dell'Italia, è in grado di esercitare, su cellule umane e di zebra fish in coltura, importanti effetti tossici sulla proliferazione cellulare [16].

Le regolamentazioni. L'ERA dei nuovi farmaci

Come parte della valutazione che tutti i nuovi farmaci devono avere prima di entrare in commercio all'interno dell'UE, la normativa prevede anche la valutazione del rischio ambientale (ERA). Le linee-guida per effettuare tale valutazione sono state messe a punto dall'EMEA (*European Medicinal Evaluation Agency*) e sono attualmente in discussione, con una finalizzazione a fini applicativi prevista per quest'anno [17-18]. Le linee-guida prevedono una valutazione multistep che si conclude quando viene dimostrata la non pericolosità ambientale del farmaco.

Se i risultati della valutazione non possono invece escludere la possibilità di un rischio per l'ambiente, l'autorizzazione è condizionata all'adozione di una serie di misure di precauzione e sicurezza, mirate a mitigare, nei limiti del possibile, l'esposizione dell'ambiente al nuovo farmaco. In particolare sono richieste etichettature speciali, con l'indicazione dei potenziali rischi ambientali che dovranno essere descritti in etichetta e nel foglietto illustrativo del prodotto medicinale, con l'indicazione delle precauzioni a cui attenersi per lo stoccaggio e la somministrazione ai pazienti.

Le linee-guida dell'EMEA regoleranno il rischio ambientale relativamente ai nuovi farmaci. In nessun caso un farmaco riconosciuto pericoloso per l'ambiente sarà eliminato. Verranno solo attivate procedure indirette per mitigare il rischio ambientale. Inoltre, per ora, nulla è previsto per i farmaci attualmente già in commercio.

I possibili interventi

La consapevolezza dei rischi correlati all'immissione nell'ambiente di migliaia di differenti sostanze chimiche, tra cui i farmaci, ha stimolato la nascita di "movimenti" di ecologismo scientifico denominati "*green chemistry*" e "*green pharmacy*". La "*green pharmacy*" è il tentativo condotto da alcuni ricercatori di coagulare un "movimento" per cercare di stimolare la nascita di una farmaceutica più ecocompatibile, che tenga conto anche dei risvolti ambientali di ciò che produce [19].

Sembrirebbe un'iniziativa classicamente destinata a rimanere teorica se recente-

mente dalla Svezia non fossero arrivate le prime proposte concrete. Lo *Stockholm County Council and Apoteket* e lo *Swedish Chemicals Inspectorate* hanno messo a punto un modello per la classificazione dei farmaci in base alle loro caratteristiche ecotossicologiche. Ne è derivato un opuscolo in cui tutti i principali farmaci utilizzati in Svezia sono stati classificati in base alla loro azione e, secondariamente, in base ai rischi ambientali correlati al loro utilizzo [20]. L'opuscolo è stato distribuito a tutti i medici prescrittori svedesi, con il suggerimento di tener conto, per farmaci di pari attività e costo, anche delle caratteristiche ambientali, prescrivendo ai propri pazienti il farmaco più ecocompatibile. Il significato di questa iniziativa pilota, oltre a quello di sensibilizzare i medici prescrittori sui rischi ambientali dei farmaci, è anche quello di allertare l'industria farmaceutica, perché inizi a considerare queste tematiche.

Altre possibilità di intervento sono legate alla possibilità di poter disporre di depuratori più efficienti.

Pochi farmaci sono rimossi in maniera efficace [3-21] dai depuratori attuali e le acque depurate sono quindi ancora ricche di farmaci che si riversano nelle acque superficiali (figura 1) di fiumi e laghi [22].

Un depuratore "classico" è un impianto dotato di due sistemi di depurazione, primario e secondario. La possibile risoluzione del problema è l'introduzione di un ulteriore step di depurazione, detto "terziario", diretto alla rimozione di inquinanti recalcitranti come i farmaci. In alcuni impianti pilota si stanno provando, con ottimi risultati, processi innovativi di tipo chimico, come l'ozonazione, o di tipo fisico, come le membrane microfiltranti [23]. Alcune amministrazioni particolarmente lungimiranti stanno già provvedendo a dotarsi di tali sistemi innovativi, ma i tempi sono lunghi e gli investimenti richiesti notevoli.

Alla radice dell'inquinamento ambientale da farmaci è poi possibile riconoscere un problema di educazione. Molto potrebbe fare una corretta educazione dei consumatori all'acquisto, all'uso e allo smaltimento appropriato dei farmaci, soprattutto di quelli scaduti, che andrebbero sempre consegnati in farmacia per essere smaltiti in maniera appropriata. In

una recente indagine USA è stato visto che ben pochi consumatori smaltiscono in maniera appropriata i farmaci scaduti o inutilizzati. La maggior parte preferisce sbarazzarsene gettandoli nella spazzatura o nelle fognature [24]. Molto potrebbe quindi fare l'educazione dei consumatori a un corretto smaltimento dei farmaci scaduti o inutilizzati, e molto potrebbe fare l'informazione di medici e pazienti per promuovere un uso appropriato dei farmaci, fornendo, con i rischi ambientali, un ulteriore motivo per evitare l'abuso di medicinali superflui o inutili. ♦

• **Nessun conflitto di interessi.** Per la preparazione e stesura di questo articolo sono state utilizzate solo risorse interne all'Istituto Mario Negri.

Bibliografia

- [1] Heberer T. Occurrence, fate, and removal of pharmaceuticals residues in the aquatic environment: a review of recent research data. *Toxicol Lett* 2002;131:5-17.
- [2] Zuccato E, Calamari D, Natangelo M, Fanelli R. Presence of therapeutic drugs in the environment. *Lancet* 2000;355:1789-90.
- [3] Castiglioni S, Bagnati R, Fanelli R, et al. Removal of pharmaceuticals in sewage treatment plants in Italy. *Environ Sci Technol* 2006;40:357-63.
- [4] Halling-Sorensen B, Nielsen SN, Lanzky PF, et al. Occurrence, fate and effects of pharmaceutical substances in the environment. *Chemosphere* 1998;36:357-93.
- [5] Zuccato E, Castiglioni S, Fanelli R, et al. Risk related to the discharge of pharmaceuticals in the environment: further research is needed. In: *Pharmaceuticals in the environment*. Second edition. K Kummer Ed. Berlin, Springer-Verlag, 2004.
- [6] Buser HR, Muller MD. Occurrence of the pharmaceutical drug clofibrate and the herbicide mecoprop in various Swiss lakes and in the North Sea. *Environ Sci Technol* 1998;32:188-92.
- [7] Ternes TA. Occurrence of drugs in German sewage treatment plants and rivers. *Wat Res* 1998;32:3245-60.

[8] Hirsch R, Ternes T, Haberer K, Kratz K-L. Occurrence of antibiotics in the aquatic environments. *Sci Total Environ* 1999;225:109-18.

[9] Erickson BE. Analyzing the ignored environmental contaminants. *Environ Sci Technol* 2002;36:140A-5A.

[10] Castiglioni S, Fanelli R, Calamari D, et al. Methodological approaches for studying pharmaceuticals in the environment by comparing predicted and measured concentrations in River Po, Italy. *Regul Toxicol Pharmacol* 2004;39:25-32.

[11] Calamari D, Zuccato E, Castiglioni S, et al. Strategic survey of therapeutic drugs in the rivers Po and Lambro in northern Italy. *Environ Sci Technol* 2003;37:1241-48.

[12] Zuccato E, Castiglioni S, Fanelli R, et al. Pharmaceuticals in the environment in Italy: causes, occurrence, effects and control. A Review. *ESPR* 2006;13:15-21.

[13] Kolpin DW, Furlong ET, Meyer MT, et al. Pharmaceuticals, hormones and other organic wastewater contaminants in US streams, 1999-2000: a national reconnaissance. *Environ Sci Technol* 2002;36:1202-11.

[14] Kummerer K. Resistance in the environment. *J Antimicrob Chemother* 2004;54:311-20.

[15] Jobling S, Williams R, Johnson A, et al. Predicted exposures to steroid estrogens in UK rivers correlate with widespread sexual disruption in wild fish populations. *Environ Health Perspect* 2006;114 Suppl 1:32-9.

[16] Pomati F, Castiglioni S, Zuccato E, et al. Effects of Environmental Contamination by Therapeutic Drugs on Human Embryonic Cells. *Environ Sci Technol* 2006;40:2442-7.

[17] European Agency for the Evaluation of Medicinal Products, EMEA CPMP. 2001. Discussion paper on environmental risk assessment of non-genetically modified organism (non-GMO) containing medicinal products for human use. CPMP/SWP/4447/00 draft.

[18] European Agency for the Evaluation of Medicinal Products, EMEA CHMP. 2005. Guideline on the environmental risk assessments of medicinal products for human use. CHMP/SWP/4447/00 draft.

[19] Daughton CG. Cradle-to-cradle stewardship of drugs for minimizing their environmental disposition while promoting human health. I. Rationale for and avenues toward a green pharmacy. *Environ Health Perspect* 2003;111:757-74.

[20] Stockholm County Council. Environmentally classified pharmaceuticals, 2006.

[21] Golet EM, Alder AC, Hartmann A, et al. Trace determination of fluoroquinolone antibacterial agents in urban wastewater by solid-phase extraction and liquid chromatography with fluorescence detection. *Anal Chem* 2001;73:3632-8.

[22] Zuccato E, Castiglioni S, Fanelli R. Identification of the pharmaceuticals for human use contaminating the Italian aquatic environment. *J Hazard Mater* 2005;122:205-9.

[23] Huber M, Canonica S, Park G, von Gunten U. Oxidation of pharmaceuticals during ozonation and advanced oxidation processes. *Environ Sci Technol* 2002;37:1016-24.

[24] Kuspis DA, Krenzelok EP. What happens to expired medication? A survey of community medication disposal. *Vet Human Toxicol* 1996;38:48-9.

La dimissione dall'ospedale

Una proposta della Rete italiana dei Baby Friendly Hospital

Igino Giani

Rete Italiana Ospedali Amici dei Bambini, Pediatra, Ospedale Montepulciano (SI)

Abstract

Hospital discharge. A proposal by the Italian network of Baby Friendly Hospitals Baby Friendly Hospitals, up till now recognized by WHO/UNICEF in Italy, share a proposal about breastfeeding support with particular care to parents' information during neonatal discharging. We publish the document approved in Florence.

Quaderni acp 2007; 14(5): 207-209

Keywords Baby Friendly Hospitals (BFH). Breastfeeding informations. Neonatal discharging

I tredici "Baby Friendly Hospital", attualmente riconosciuti in Italia dall'OMS/UNICEF, hanno costituito una rete per condividere comportamenti utili al sostegno dell'allattamento al seno. Al tema delle informazioni per i genitori, al momento della dimissione del neonato dal punto nascita, è stata dedicata particolare attenzione. Pubblichiamo il documento approvato in data 15.06.07 a Firenze.

Parole chiave Ospedali Amici dei Bambini. Allattamento al seno. Dimissione del neonato

L'OMS e l'UNICEF hanno lanciato nel 1990 una campagna mondiale di promozione dell'allattamento al seno, volta a invertire la tendenza all'uso dei surrogati del latte materno e a sostenere tutti gli sforzi mirati alla corretta nutrizione dei bambini. Nel 1992 è nata così la "Baby Friendly Hospital Initiative" (in italiano: "Ospedali Amici dei Bambini"). L'iniziativa offre agli ospedali le linee-guida per diventare veri e propri centri di sostegno all'allattamento materno. Un Ospedale Amico dei Bambini si impegna ad applicare i "Dieci passi" specifici in favore dell'allattamento al seno (1).

Fino a oggi sono stati più di 19.000 gli ospedali, in 140 Paesi in via di sviluppo e industrializzati, a ottenere il riconoscimento di "amici dei bambini".

In molte zone dove gli ospedali sono stati riconosciuti "amici dei bambini", è aumentato sensibilmente il numero di donne che allattano al seno ed è migliorato lo stato di salute complessivo dell'infanzia. Attualmente in Italia sono 13 gli "Ospedali Amici dei Bambini"; questi Ospedali hanno dato vita a una Rete. Il documento che pubblichiamo è frutto del lavoro della Rete. Per conoscere il percorso da seguire per diventare "Ospedale Amico dei Bambini" si può consultare il sito dell'Unicef Italia (2).

È imminente la definizione di un percorso per il riconoscimento anche del "Territorio Amico dei Bambini".

Il documento degli "Ospedali Amici dei Bambini"

Premessa

La dimissione del bambino rappresenta per la mamma e il papà un importante momento del percorso nascita. Per aiutare i genitori a superare le normali sensazioni di incertezza, timore e solitudine, la dimissione dall'ospedale può costituire un'occasione di conferme, informazioni e corretto passaggio alla rete di sostegno territoriale.

I BFH, considerata anche la particolare attenzione alla promozione dell'allattamento al seno, assumono l'impegno di proporre alcuni comportamenti che possano testimoniare un'esperienza coerente e omogenea e uno stimolo per un comune miglioramento.

Ogni punto nascita deve coordinarsi con il suo territorio per valorizzare e condividere i temi della dimissione. Le pratiche ospedaliere da sole, anche se condizionano significativamente il successo dell'avvio dell'allattamento al seno, non sono sufficienti affinché questa normale e naturale modalità di alimentazione possa continuare nel tempo come indicato dall'OMS.

La dimissione dall'ospedale

La dimissione dall'ospedale si aggiunge, come opportunità di dialogo e di informazione, a precedenti occasioni dedicate,

oltre che nei corsi di preparazione alla nascita, anche nella degenza post-partum. La dimissione deve essere appropriata e condivisa allo scopo di conciliare (nel senso di una degenza più breve o più lunga) la protezione da un'insufficiente valutazione clinica del neonato con l'attenzione ai desideri e alle competenze dei genitori.

Un tempo coerente con tali indicazioni potrebbe essere 48-72 ore dopo un parto spontaneo a termine e 96-120 ore dopo un parto cesareo.

Il pediatra del punto nascita rappresenta la figura più indicata per la dimissione, possibilmente insieme a una delle figure professionali (ostetrica, infermiera, IBCLC ecc.) (3) che hanno seguito la mamma nei giorni del puerperio, in particolare per il sostegno all'allattamento al seno.

Gli argomenti da trattare alla dimissione devono far parte di uno schema concordato dalla équipe, affinché siano proposti e discussi in modo omogeneo, senza contraddizioni tra i vari operatori.

Il colloquio della dimissione è offerto individualmente per la coppia di genitori, lasciando spazio a dubbi, domande e al rinforzo delle competenze acquisite. Sono condizioni necessarie un adeguato tempo dedicato, una serena disponibilità da parte dell'operatore e un ambiente rispettoso della privacy.

Quando tali condizioni sono di difficile attuazione, come in ospedali ad alto numero di nascite o con carenza di personale, un colloquio "di gruppo", anche il giorno precedente la dimissione, può ottimizzare i tempi e aggiungere i vantaggi di una partecipazione più attiva e diversificata, a patto di lasciare spazio alle istanze di tutti.

In tutti i casi è bene verificare la comprensione delle informazioni trasmesse.

Contenuti del colloquio

Mamme e bambini con allattamento al seno bene avviato

È utile soffermarsi sulle informazioni relative al consolidamento dell'allattamen-

Per corrispondenza:
Igino Giani
e-mail: i.giani@libero.it

to; questo ha lo scopo di dare ai genitori, soprattutto nelle prime settimane, pochi indicatori essenziali. Per esempio:

- valutazione della “soddisfazione del bambino” dopo la poppata;
- verifica della crescita ponderale con due riferimenti sostanziali: 1) recupero del peso neonatale al 10°-14° giorno; 2) crescita settimanale con parametri sufficienti a partire da 120-140 g.

Va tenuto presente il ricordo della non linearità della crescita (“scatti di crescita”) e l’opportunità di una valutazione complessiva e non legata solo all’aumento del peso.

È importante rimarcare il concetto che “il latte viene allattando”, confermare la libertà nel numero e nella durata delle poppate (senza schemi prefissati di orari o tempi o ritmi giorno/notte), l’adeguatezza di 8-12 poppate/die nelle prime settimane e l’opportunità di non trascurare la correttezza delle posizioni e dell’attacco.

Si ricorda il vantaggio di riconoscere i primi segnali di fame, e il consiglio, soprattutto nelle prime settimane, di non usare il ciuccio.

È utile fare un cenno a possibili situazioni critiche come ragadi, dotti ostruiti, ingorgo, mastite, che sono meno frequenti se l’attacco e le posizioni sono corretti e le poppate non limitate nel numero e nella durata; si sottolinea l’utilità della spremitura anche manuale e della consulenza con un operatore esperto quando i sintomi persistono.

Viene consegnato un pro-memoria relativo ai passi utili a una eventuale conservazione del latte.

Laddove nell’area di residenza dei genitori sia presente una banca del latte umano, si aggiungono indicazioni dedicate alla donazione.

La dimissione è una buona occasione per incoraggiare il percorso avviato, focalizzando alcune informazioni, possibilmente già trasmesse ai genitori in precedenti occasioni:

- durata dell’allattamento esclusivo fino a 6 mesi e poi, dopo l’aggiunta di alimenti complementari, prosecuzione dell’allattamento al seno sino a 2 anni e oltre;
- inutilità e talora pericolosità delle aggiunte con alimenti o liquidi, compre-

se acqua e tisane, diversi dal latte materno, prima di quella data.

Alla mamma in buona salute che allatta al seno si ricorda l’utilità di una dieta normalmente equilibrata senza necessità di integrazioni farmacologiche.

Si danno le comuni indicazioni per la cura del seno.

Mamme dimesse senza conferma di un chiaro avvio dell’allattamento al seno

La dimissione precoce, le normali difficoltà nell’acquisizione delle prime competenze o un più lento avvio della montata latte possono far coincidere il momento della dimissione con persistenti incertezze e timori, nonostante la reale determinazione ad allattare al seno.

Il colloquio, oltre a incoraggiare l’impegno della madre e la bontà della scelta, focalizza, insieme ai temi sopra ricordati, gli aspetti del corretto attacco al seno, un numero di almeno 8-12 poppate e il segnale dell’incipiente montata latte, come i seni più caldi e pesanti.

È importante consigliare attenzione al trasferimento di latte (ascolto della deglutizione), al numero delle minzioni e alla quantità delle feci emesse.

Nella prima settimana dopo la dimissione 1-2 controlli del peso nudo possono dare utili conferme.

Nel dubbio la mamma deve sapere a chi rivolgersi per un consiglio o per una valutazione della poppata. Per questo è necessario lasciare i recapiti telefonici di operatori esperti.

Ai genitori dei bambini allattati al seno non vanno date indicazioni relative a latti formulati, né scritte né orali.

Mamme che, per scelta o necessità, alimentano i loro bambini con le formule del commercio

Ricevono alla dimissione uguali attenzioni e, nel corso di un colloquio individuale, sono istruite sulla corretta modalità di preparazione del latte in formula. I genitori sono informati sulla sostanziale equivalenza nutritiva tra le varie formule presenti in commercio e, se richiesto, sul tipo di latte assunto dal bambino durante la degenza.

In tutti i casi, insieme agli operatori che più da vicino hanno seguito la mamma, si tiene conto delle competenze legate a esperienze precedenti o acquisite durante

la degenza, della disponibilità di coppia e del nucleo familiare e del contesto socio-culturale.

Il momento della dimissione è l’occasione per ricordare, non consegnare passivamente, altro materiale informativo dedicato al ritorno a casa o alle pratiche dell’allattamento, eventualmente preparato e approvato dal punto nascita.

Tutto il materiale informativo consegnato ai genitori, anche quello tradotto per quanti non conoscono la lingua italiana, deve rispettare le indicazioni previste dal Codice.

Il materiale cartaceo

Alcune Regioni hanno predisposto “libretti sanitari” per il bambino. In questi casi la consegna del libretto, compilato per quanto di competenza dagli operatori del punto nascita, e notizie relative al suo corretto uso rappresentano un momento obbligato della dimissione.

Per i BFH la condivisione, o almeno la reciproca conoscenza, del materiale informativo scritto, consegnato alla dimissione, è una preziosa occasione per utili aggiornamenti e omogenei comportamenti.

Alla dimissione è opportuno curare la consegna scritta e leggibile di eventuali successivi appuntamenti, ad esempio controlli ecografici, oculistici, uditivi, re-testing metabolici.

Altri consigli

Si danno consigli sui comportamenti da tenere in merito alla cura del moncone ombelicale e c’è disponibilità a rispondere alle domande su qualche impellente dubbio di puericultura.

Si può fare un cenno alle modalità di avvio del programma di vaccinazioni.

Vengono sempre aggiunti consigli di educazione sanitaria dedicati alla prevenzione della SIDS (alcune Regioni hanno predisposto opuscoli dedicati) e degli incidenti, nonché consigli dedicati alla sicurezza in auto, cominciando proprio dal ritorno a casa.

Si ricorda che questi argomenti potranno essere affrontati in modo più esaustivo e continuativo dal pediatra di famiglia.

L’adesione ai consensus scientifici più aggiornati e accreditati dovrebbe aiutare a omogeneizzare i comportamenti relativi a eventuali prescrizioni farmacologi-

che. Il rispetto del Codice aggiungerà trasparenza alla correttezza delle prescrizioni decise.

Collegamento con i servizi territoriali

In tutti i casi e, particolarmente, in quelli in attesa di conferme di un corretto inizio dell'allattamento, è necessario prevedere e illustrare chiaramente ai genitori, meglio se per iscritto, la disponibilità e la localizzazione del sostegno territoriale fin dai primi giorni dopo il ritorno a casa. Il colloquio alla dimissione è l'occasione principale per fornire, o meglio per ricordare, dettagliate informazioni in merito alle opportunità che il territorio offre e per attivare, in casi particolari, il primo contatto con operatori esperti.

La disponibilità telefonica per 24 ore, interna al punto nascita, con certezza alla risposta di operatori esperti su problematiche relative all'allattamento al seno, è sicuramente un utile servizio.

L'ambulatorio dedicato all'allattamento al seno si è dimostrato, in alcune realtà ospedaliere medio-piccole e in carenze di riferimenti territoriali, una preziosa opportunità per quelle mamme alla dimissione ancora in una fase di incerto avvio dell'allattamento.

Questa disponibilità è valorizzata dalla continuità del rapporto con operatori che la mamma già conosce e dalla tempestività dell'offerta.

L'ostetrica consultoriale formata dovrebbe rappresentare la più tempestiva opportunità di sostegno territoriale, dopo la dimissione.

Laddove è attivo un servizio di disponibilità domiciliare dell'ostetrica del consultorio ("puerperio a domicilio"), questo sarà ulteriormente segnalato al momento della dimissione.

Il BFH facilita attivamente il contatto di situazioni particolari con la rete di sostegno presente nel territorio di residenza della madre, anche se in aziende diverse. Predisporre, illustra e consegna alla dimissione materiale informativo scritto, anche multilingue, riportante sedi, recapiti telefonici e figure di riferimento dei consultori o di altri punti disponibili nel territorio (ambulatori, IBCLC, consulenti LLL (4), peer counsellors, servizio di mediazione culturale, psicologo ecc.).

L'operatore sanitario del territorio di competenza della mamma in difficoltà può rendersi disponibile per un primo

contatto in ospedale anche prima della dimissione.

Il pediatra di famiglia

La figura di riferimento centrale per la salute del bambino, fin dal suo ritorno a casa, rimane il pediatra di famiglia. Tutti i genitori devono essere informati e consapevoli di questa opportunità e invitati a stabilire al più presto un contatto, reciprocamente conoscitivo, meglio se entro i primi 7-10 giorni.

Nei casi in cui non sia possibile, come auspicabile, l'assegnazione del pediatra prima della dimissione, presso lo sportello ospedaliero dedicato, sarà consigliata la tempestiva assegnazione presso il distretto sanitario del comune di residenza.

Il ruolo degli Ospedali

Amici dei Bambini

Il percorso suggerito va costruito e presidiato con pazienza, anche attraverso una formalizzazione aziendale, tenendo conto delle risorse disponibili e favorendo ogni opportunità di comunicazione e di formazione interdisciplinare sia all'interno dell'ospedale che tra operatori ospedalieri e territoriali.

Queste azioni devono essere monitorate e la verifica periodica dei risultati attesi/programmati viene discussa tra gli operatori coinvolti e finalizzata a ulteriori miglioramenti.

I BHF si impegnano a svolgere un ruolo propositivo e di collaborazione con tutte le figure e le istituzioni che assumono la finalità dello sviluppo e del benessere del nucleo familiare. ♦

Note

(1) I "dieci" passi necessari per diventare BFH sono i seguenti:

- I. Definire un protocollo scritto per l'allattamento al seno da far conoscere a tutto il personale sanitario.
- II. Preparare tutto il personale sanitario per attuare compiutamente questo protocollo.
- III. Informare tutte le donne in gravidanza dei vantaggi e dei metodi di realizzazione dell'allattamento al seno.
- IV. Aiutare le madri perché comincino ad allattare al seno già mezz'ora dopo il parto.
- V. Mostrare alle madri come allattare e come mantenere la secrezione lattea anche nel caso in cui vengano separate dai neonati.
- VI. Non somministrare ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, tranne che su precisa prescrizione medica.
- VII. Sistemare il neonato nella stessa stanza della madre (rooming-in), in modo che trascorrono insieme ventiquattro ore su ventiquattro durante la permanenza in ospedale.
- VIII. Incoraggiare l'allattamento al seno a richiesta tutte le volte che il neonato sollecita nutrimento.
- IX. Non dare tettarelle artificiali o succhiotti ai neonati durante il periodo dell'allattamento.
- X. Favorire la creazione di gruppi di sostegno alla pratica dell'allattamento al seno, in modo che le madri vi si possano rivolgere dopo essere state dimesse dall'ospedale o dalla clinica.

NB. La costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare (pediatra, ostetrica, ginecologo, infermiere, ecc.) è fondamentale per iniziare bene il percorso per il riconoscimento BFH.

Ogni BFH è sottoposto a verifiche biennali

(2) <http://www.unicef.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1146>

<http://www.unicef.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1147>

<http://www.unicef.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1149>.

(3) International Board Certified Consultant Lactation.

(4) "La Leche League".



Nimesulide: attenzione!

L'Irlanda ha sospeso la vendita dei farmaci a base di nimesulide dopo la segnalazione di sei casi di insufficienza epatica grave che hanno richiesto un trapianto di fegato dopo un uso prolungato. In Italia si è in attesa che l'EMEA (...) ne valuti la sicurezza.

La motivazione della sospensione in Irlanda è la seguente: «the indication for the use in children of metoclopramide (*Primperan*), a medicinal product to treat nausea and vomiting, has been tightened. This was due to the increase in registered cases of severe extrapyramidal symptoms (movement disorders) in children. The restricted indication is as follows: "Due to the high risk of extrapyramidal symptoms in children, metoclopramide is only indicated for severe nausea and vomiting of known origin, if treatment with other medicinal products has been ineffective or is not possible"».

Domperidone: attenzione!

L'AIFA comunica che l'attività di monitoraggio delle segnalazioni di sospette reazioni a farmaci ha rivelato una maggiore frequenza di segnalazioni di reazioni avverse al domperidone, specialmente della formulazione supposte della specialità medicinale *Peridon*, disponibili in Italia solo nella composizione da 30 mg. Nella banca dati della Rete Nazionale di Farmacovigilanza sono state evidenziate 45 segnalazioni di reazioni avverse tra gennaio 2001 e luglio 2007. Di queste, le gravi sono 15 e riguardano 11 bambini, dei quali 6 hanno una età inferiore a 2 anni. In 8 di questi sono state utilizzate le supposte pediatriche, in un paziente di 13 anni le supposte per adulti (60 mg per 3 in un giorno), in un caso la formulazione orale; in un bambino di 2 anni sono state utilizzate, nello stesso giorno, sia la sospensione orale (5 ml per 2) che le supposte pediatriche. In 9 degli 11 bambini le reazioni avverse sono state di tipo neurologico. Se si considera l'età dei bambini segnalati (6 di età inferiore a 2 anni) emerge un ricorrente uso inappropriato, con esposizione dei bambini a sovradosaggio del farmaco. Infatti la posologia riportata nel riassunto delle caratteristiche del prodotto per la formulazione in supposte fa riferimento al peso del bambino: è indicata 1 supposta da 30 mg due

volte al giorno per un bambino con peso superiore a 15 kg che corrisponde al 90° percentile di un bambino di 2 anni. Si deduce quindi che vi è un uso inappropriato per sovradosaggio del domperidone. L'AIFA, con questa segnalazione, raccomanda ai pediatri di prescrivere le supposte di domperidone solo dopo attenta valutazione del rapporto rischio/beneficio nel singolo bambino e nel rispetto delle modalità di utilizzo autorizzate per il prodotto.

Il 5% dei fondi a giovani ricercatori

Il Consiglio dei Ministri ha approvato un decreto che rende operativo l'emendamento sui finanziamenti per la ricerca biomedica, inserito nella Finanziaria su proposta del senatore I. Marino, presidente della Commissione Igiene e Sanità. Il Decreto vincola il 5% dei fondi per la ricerca del Ministero della Salute a progetti presentati da ricercatori con meno di quarant'anni di età. La commissione che giudicherà i progetti sarà costituita da dieci membri, anch'essi al di sotto dei quarant'anni, la metà provenienti da centri di ricerca stranieri. Una valutazione tra pari, dunque, come avviene nel resto del mondo. Chi vincerà la selezione potrà scegliere dove svolgere la ricerca in quanto i fondi saranno attribuiti direttamente al ricercatore e non all'ente o all'università. Lo scopo è quello di garantire la trasparenza nella scelta del progetto sulla base di un meccanismo puramente meritocratico.

I presupposti sono ottimi. I dati precedenti in materia un po' meno.

PS. La pediatria di famiglia (età media 50 anni) per la legge italiana è sufficientemente giovane per realizzare studi di fase IV, ma è troppo anziana per avere fondi dal Ministero della Salute.

Il Ddl "Interventi per la qualità del SSN" non è più lui...

Il Disegno di legge (Ddl) "Interventi per la qualità e la sicurezza del SSN" avrebbe dovuto fare decollare (art. 4) le Unità di assistenza primaria, un'area omogenea di "liberi professionisti convenzionati" cui avrebbero afferrito tutti i medici del territorio: assistenza primaria, continuità assistenziale e medicina dei servizi.

All'interno della nuova struttura ci sarebbero state le Unità di medicina generale e le Unità di pediatria quali "strutture organizzative elementari". In ogni Unità un medico con funzioni di coordinamento. Per essere istituite le Unità dovevano essere sostanziate da un congruo numero di professionisti "in relazione all'ambito di riferimento" (numero minimo di medici: 15; numero di assistiti minimo: 15.000). Obiettivi: assicurare assistenza tutti i giorni della settimana nell'arco di 12 ore. MMG e pediatri avrebbero fatto parte degli organi del dipartimento di cure primarie. Tutta questa parte nella discussione al Senato è stata stralciata per costi al momento non disponibili e il Disegno di legge è stato approvato dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato in sede legislativa solo come "Disposizione in materia di attività libero-professionale intramurale e altre norme in materia sanitaria".

...ma i MMG sono a favore di nuove forme organizzative

Di fronte alla mancata approvazione delle norme per il decollo delle nuove strutture organizzative territoriali del distretto una indagine FIMMG rivela che i MMG sono per il superamento dello schema "Un medico, un ambulatorio". Il 55% ritiene che "i medici devono aderire a forme organizzate predefinite e regolate dal SSN in modo da ridistribuire su una rete professionale i carichi di lavoro derivanti da una estensione dell'assistenza. Solo il 15% ritiene che si debba mantenere lo schema attuale basato sull'attività autonoma del medico singolo. (Il Sole 24 ORE Sanità 2007; 30:25).

L'informatizzazione non incide sulla qualità

L'utilizzo di cartelle cliniche elettroniche (CCE) non incide in maniera significativa sulla qualità dell'assistenza sanitaria secondo uno studio pubblicato dagli *Archives of Internal Medicine*.

I ricercatori del Brigham and Women's Hospital, dell'Harvard Medical School e dello Stanford Prevention Research Center, hanno analizzato un database di 1,8 miliardi di visite mediche effettuate tra il 2003 e il 2004 e preso in esame le perfor-

sulla salute

mance su 17 indicatori di qualità. I risultati dei medici che utilizzavano la CCE sono mediocri. “In sostanza”, dice Randall Stafford, leader del team di ricercatori, “abbiamo trovato differenze trascurabili se non inesistenti tra la qualità dell’assistenza sanitaria erogata in studi medici che utilizzano CCE e quella erogata da studi medici che lavorano secondo metodi tradizionali”. Solo per due indicatori di qualità, la CCE ha garantito performance significativamente migliori: il non utilizzo di benzodiazepine nei pazienti con depressione (91 vs 84 per cento; $p = 0,01$) e la non prescrizione di esami delle urine durante le visite di routine (94 vs 91 per cento; $p = 0,003$). Per un indicatore di qualità, la CCE ha garantito performance significativamente peggiori: la prescrizione di statine a pazienti con ipercolesterolemia (33 vs 47 per cento; $p = 0,01$) (Arch Intern Med 2007;167:1400-5).

I Mattoni del Servizio Sanitario Nazionale

Il progetto Mattoni del SSN, avviato nel dicembre 2003 su iniziativa della Conferenza Stato-Regioni, ha l’obiettivo di creare un linguaggio comune a livello nazionale per garantire la confrontabilità delle informazioni condivise nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

Il 19 giugno, presso l’Istituto Superiore di Sanità, si è conclusa la presentazione delle quindici linee progettuali sviluppate da altrettanti gruppi di lavoro, miranti a superare l’attuale impianto classificatorio e di misura di strutture, eventi, prestazioni e costi nell’ambito del SSN.

L’Associazione Culturale Pediatri ha collaborato con la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute nella revisione di materiale informativo destinato all’utenza SSN e ha partecipato alla giornata di comunicazione dei risultati raggiunti.

Giovanna Baraldi (Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali), coordinatore del Progetto, e Walter Bergamaschi (Direttore Generale del Sistema Informativo del Ministero della Salute) hanno illustrato la metodologia di lavoro, il significato e le auspicabili ricadute dell’iniziativa nel contesto attuale della politica sanitaria.

L’AIDS: errori degli epidemiologi?

Secondo le previsioni dell’UNAIDS, l’agenzia dell’ONU per l’AIDS, in alcuni Paesi dell’Africa si sarebbe arrivati al 30% di portatori nella popolazione generale nei primi anni del 2000. In realtà le cose sono molto differenti. Gli ultimi dati dell’India rivelano che, di fronte a un’attesa di quasi 5,7 milioni di ammalati, si stima una realtà di 2 o 3 milioni. Per il Kenya si è passati da una attesa del 15 al 6% della popolazione. Per il Ruanda dal 12 al 3%. Per la Sierra Leone dal 7 all’1%. L’errore sembra dovuto alla scelta dei campioni da studiare nei programmi nazionali di monitoraggio: questi erano collocati nelle zone e nelle categorie a maggior rischio con l’intento di seguire l’evoluzione della malattia più che per veri e propri intenti epidemiologici. Non bisogna neppure trascurare l’ipotesi che i dati di partenza siano stati manipolati per ottenere maggiori finanziamenti da parte dell’OMS. (Le scienze 2007;8:16)

Fare con meno

Ricercatori indiani hanno cercato di risolvere il problema delle difficoltà dello screening citologico del cancro cervicale con un metodo alternativo: l’ispezione visiva con acido acetico al 4% che sembrerebbe avere un’accettabile sensibilità. Hanno screenato 49.000 donne e 30.000 hanno rappresentato il gruppo di controllo. L’outcome era dato dall’incidenza di tumore e dalla mortalità. Il metodo si è dimostrato efficace per la prevenzione del cancro cervicale nei Paesi in via di sviluppo con una riduzione del 25% nella incidenza di tumore e del 35% nella mortalità (Lancet 2007;370:398-406).

Industrie e latte formulato su Lancet

Lancet (2007;369:1773) commenta una recente comunicazione di “Save the Children, UK”, e un’indagine effettuata dal giornale inglese *The Guardian* che hanno dimostrato come ci siano ancora intorno al mercato del latte in polvere attività di promozione illecite. A venticinque anni dall’introduzione del Codice sui sostituti del latte materno, le industrie hanno sostituito una politica di promozione subdola all’aggressività di trent’anni fa. La conseguenza di tutto ciò è

che migliaia di bambini continuano a morire. Le industrie continuano a non aderire alle norme del Codice. Il report di *Save the Children* e l’articolo del *The Guardian* pubblicano un catalogo di evidenze. Due esempi per tutti: un report dalla Botswana rileva che circa il 30% delle mamme ha ricevuto da un operatore sanitario l’indicazione di usare una specifica marca di latte formulato. *Save the Children* sottolinea come un aumento di allattamento al seno salverebbe le vite di 3800 bambini ogni giorno e ridurrebbe, nel Bangladesh, di un terzo la mortalità infantile. Tuttavia, è facile dare la colpa alle industrie. Ci si deve chiedere cosa faccia l’OMS. È ora che l’OMS diventi più aggressiva nel monitorare le attività delle industrie e nell’assicurare una perfetta adesione del Codice. E non solo, aggiungiamo noi, nei Paesi in via di sviluppo. E – diciamo noi – non solo l’OMS ma anche i governi nazionali. Il prof. Perletti, in una intervista, ha preannunciato iniziative del ministro Turco.

No comment

Un latte che... nutre la pelle: che volete di più?

Danone essensis è un latte che nutre la pelle “dall’interno”. Il miracolo avviene perché in ogni bottiglietta ci sono:

- 1) 150 mg di omega 3 (in un cucchiaino di olio extravergine di oliva ce ne sono 680!).
- 2) 2 mg di vitamina E (la stessa quantità di un cucchiaino di olio extravergine di oliva!).
- 3) 45 mg di antiossidanti naturali (la stessa quantità di una tazza di tè verde!).
- 4) Ci sono poi fermenti lattici “esclusivi” (quanti sono? quali sono?). Lo si tace, ma si richiede un pagamento di 3,2 euro a bottiglietta. Niente male per la Danone.

(Altroconsumo 2007;5:7)

Coscia o prosciutto? That is the question

La Plasmon, che produce omogeneizzati al prosciutto cotto, ha aperto una lite giudiziaria con la Nestlé e la Mellin (Numico, Nutricia, Milupa). Afferma Plasmon che queste ultime mettono in commercio omogeneizzati al prosciutto che invece sono fabbricati con coscia di maiale, come è detto in un asterisco stampato sulla etichetta.

"Save the Children": accanto ai bambini di tutto il mondo per salvaguardarne i diritti

Giusy De Loiro

Senior Media Officer, Save the Children Italia - Onlus

Quaderni acp si propone di offrire un panorama delle Organizzazioni non governative che nei Paesi in via di sviluppo operano nel campo dell'assistenza all'infanzia. Cominciamo con "Save the Children", nata nel 1919, che attualmente opera in 120 Paesi del mondo con una rete di 28 Organizzazioni nazionali.

Parole chiave ONG. Save the Children. Paesi in via di sviluppo

Guerre, abusi e violenze, pandemie, povertà e catastrofi naturali nel mondo colpiscono intere popolazioni, ma maggiormente i gruppi più vulnerabili, primi tra tutti i bambini. Per difendere e promuovere quotidianamente i loro diritti nel 1919 è nata "Save the Children". Attualmente opera in 120 Paesi del mondo con una rete di 28 Organizzazioni nazionali e un ufficio di coordinamento internazionale: la International Save the Children Alliance, ONG (organizzazione non governativa) con status consultivo presso il Consiglio Economico e Sociale delle Nazioni Unite. A partire dagli anni '90, l'80% delle vittime civili delle guerre è stato di donne e di bambini: nel decennio scorso 2 milioni di bambini sono stati uccisi in conflitti armati, 6 milioni feriti e altri 20 milioni sono stati costretti ad abbandonare le loro case. Circa 300 milioni di bambini e bambine soffrono di qualche forma di malnutrizione. Ogni anno 10 milioni muoiono per malattie facilmente prevenibili: l'AIDS, nel 2006, ha ucciso 380.000 bambini sotto i 15 anni. Si calcola che siano 126 milioni nel mondo i minori vittime di sfruttamento lavorativo e 40 milioni coloro che subiscono violenze e abusi. "Save the Children" sviluppa oltre 500 progetti nei settori dell'educazione, della risposta alle emergenze, della salute e della protezione dallo sfruttamento e abuso. Negli ultimi anni le attività svolte dall'Organizzazione sono state numerose.

- ▶ In Malawi, ha sviluppato interventi di prevenzione dell'AIDS in 50 villaggi.
- ▶ In Costa D'Avorio, 4344 bambini sono stati inseriti in programmi di educazione informale e 60 educatori sono stati preparati all'utilizzo di metodi e tecniche di insegnamento a bambini ciechi e sordi.
- ▶ Nella regione di Nasirnagar Union (Bangladesh) il programma di salute

scolastica ha permesso a più dell'85% dei bambini di beneficiare di attività di sverminamento, distribuzione di ferro e vitamina A e controllo della vista.

- ▶ In Bosnia, nel quadro del progetto "Ogni bambino ha diritto a essere bambino", circa 750 minori nell'area di Sebnica hanno beneficiato di attività di sostegno psico-sociale e di educazione sui diritti dell'infanzia.
- ▶ Sono oltre 20 i Paesi in situazione di emergenza o post-emergenza in cui "Save the Children" sta intervenendo con aiuti immediati, allestimento di scuole temporanee o programmi di ricostruzione: è il caso del Libano, del Pakistan e dell'India colpiti dal terremoto, del Kenya afflitto dalla carestia, del Sudan, dei Paesi del Centro-America su cui si è abbattuto l'uragano Stan, dell'Iraq, dell'Afghanistan, dei Paesi del Sud-Est asiatico devastati dallo tsunami. Qui ha avviato un piano quinquennale di ricostruzione e riabilitazione.

In Italia, "Save the Children" opera dalla fine del 1998. Porta avanti attività e progetti rivolti sia ai bambini dei cosiddetti Paesi in via di sviluppo che alle bambine e ai bambini che vivono sul territorio italiano. Sviluppa interventi volti alla tutela e promozione dei diritti dei minori migranti, alla prevenzione e al contrasto dello sfruttamento sessuale dei minori a mezzo Internet (pedo-pornografia online) e alla promozione dell'uso consapevole delle nuove tecnologie fra bambini e adolescenti, alla protezione dei minori vittime di tratta. Lavora nell'ambito dell'educazione allo sviluppo, e svolge attività di advocacy e monitoraggio sull'attuazione della Convenzione Onu sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza.

L'attuale e più importante campagna di "Save the Children" è "Riscriviamo il Futuro" per far sì che 8 milioni di bambini che vivono in Paesi in guerra o post-conflitto possano ricevere un'educazione di qualità, entro il 2010.

Sono 77 milioni i bambini e le bambine, nel mondo, che non vanno a scuola. Di essi 40 milioni, pari a più di 1 su 2, vive in nazioni in conflitto o reduci da conflitti, ovvero in uno dei 28 Paesi cosiddetti "fragili in stato di guerra". "Save the Children" lavorerà per garantire il diritto all'istruzione primaria a 3 milioni di bambini finora esclusi dalla scuola e a dare un'istruzione di maggior livello ad altri 5 milioni di bambini che già vanno a scuola, in circa 20 Paesi colpiti o reduci da guerre, come Afghanistan, Sudan, Iraq, per un investimento previsto di 450 milioni di dollari.

"Save the Children Italia" è direttamente impegnata a sostenere finanziariamente e operativamente tre progetti: il progetto di "Protezione e sostegno dei bambini lavoratori di Mazar-I-Sharif" in Afghanistan, il progetto "Istruzione di base e di qualità per i bambini colpiti dal conflitto armato" nel Sud Sudan, il progetto "Educazione di qualità per i bambini colpiti dal conflitto armato" nella Repubblica Democratica del Congo. In Afghanistan il progetto intende offrire un'educazione e un'istruzione di base, affinché i lavoratori minorenni possano poi iscriversi alla scuola pubblica o acquisire delle conoscenze minime in lettura e matematica. A tale scopo, presso quattro centri per bambini lavoratori vengono, tra l'altro, organizzati corsi di recupero accelerati, corsi informali di lettura e matematica, attività di gioco, incontri di informazione sulla salute. In Sudan, "Save the Children" si propone di favorire l'iscrizione e la permanenza a scuola dei bambini, di accrescere la qualità dell'istruzione e del suo ruolo di protezione. In particolare l'Organizzazione supporta 46 scuole nel Sud del Paese, provvede all'acquisto di libri e di kit didattici. Nella Repubblica Democratica del Congo il progetto ha l'obiettivo di consentire l'inserimento a scuola o una formazione scolastica e professionale di base a bambini e adolescenti vulnerabili, con particolare attenzione agli ex bambini-soldato e alle bambine. ♦

Per maggiori informazioni:
Save the Children Italia Onlus
Via Firenze 38 - 00184 Roma
tel. +39 06 48070071
mob. +39 346 3917619
www.savethechildren.it

Per corrispondenza:
Giusy De Loiro
e-mail: giusy@savethechildren.it

osservatorio internazionale

Le cure palliative rivolte ai bambini

Franca Benini*, Anna Ferrante**, Paola Facchin**

*Centro Regionale Veneto di Terapia Antalgica e Cure Palliative Pediatriche, Dipartimento Interaziendale di Pediatria, Padova

** Osservatorio Regionale Veneto della Patologia in Età Pediatrica, Dipartimento di Pediatria, Università di Padova

Abstract

Palliative care for children

WHO's definition of palliative care appropriate for children and their families is: the active total care of the child's body, mind and spirit, and also involves giving support to the family. The aim is to improve the quality of life for children and their families therefore for most patients, home represents the ideal setting of care. Cultural, emotional, educational and organizational reasons explain why paediatric patients rarely benefit of this approach. Everyday life shows how paediatric patients experience all the clinical, psychological, ethic and spiritual problems related to serious illness and death. According to international survey the prevalence of life limiting diseases is 10 per 10,000 children aged 0-19 years; and the annual mortality is 1 per 10,000 children aged 0-17. A stable homogeneity regarding the needs of these patients, in spite of the geographical, cultural, organizational and social variability of different areas of the world, is emphasized by international surveys: the desire to be assisted and receive care at home, of a better communication among health workers involved and of more supporting services. Different models have been carried out in different areas in the world. Two models are residential (Hospital or Paediatric Hospice) and two are home care founded (domiciliary hospitalisation and integrated home care). Professionalism, development of skills, training, research and organization represent the mainstays in order to face up a often underestimated and forgotten condition.

Quaderni acp 2007; 14(5): 213-217

Key words Paediatric palliative care. Children's palliative care services. Life limiting diseases

L'OMS definisce le cure palliative pediatriche come l'attiva presa in carico globale del corpo, della mente e dello spirito del bambino, e comprende il supporto attivo alla famiglia. Hanno come obiettivo la qualità della vita del piccolo paziente e della sua famiglia e il domicilio rappresenta, nella stragrande maggioranza dei casi, il luogo scelto e ideale di assistenza e cura. Per ragioni culturali, affettive, educazionali e organizzative il bambino raramente ha fruito di tale approccio. Tuttavia la realtà quotidiana conferma che le persone in età pediatrica sperimentano tutte le problematiche cliniche, psicologiche, etiche e spirituali che la malattia grave e irreversibile e la morte comportano. La letteratura internazionale indica una prevalenza di patologia inguaribile pari a 10 su 10.000 minori in età 0-19 anni e una mortalità annua pari a 1 su 10.000 per le età 0-17 anni. I bisogni rilevati per queste categorie di pazienti, attraverso indagini realizzate in diverse aree del mondo, mostrano una costante omogeneità nonostante le diversità geografiche, culturali, organizzative e sociali, in particolare per quanto attiene il desiderio di essere assistiti a casa, le attese di una migliore comunicazione tra i professionisti coinvolti e maggiore disponibilità di servizi di supporto. Modelli assistenziali diversi sono stati sperimentati in Italia e all'estero. Due sono di tipo residenziale (con ricovero in strutture per acuti o in hospice pediatriche) e due di tipo domiciliare (Ospedalizzazione domiciliare e Assistenza domiciliare integrata). Professionalità, preparazione, formazione, ricerca e organizzazione sono i pilastri necessari per affrontare una situazione troppo spesso sottovalutata e dimenticata.

Parole chiave Cure palliative pediatriche. Servizi di cure palliative pediatriche. Malattie inguaribili

Non si parla volentieri di morte e di malattia inguaribile, quando si parla di bambini: infatti questi problemi pongono

interrogativi che arrivano alle radici più profonde della nostra esistenza e professionalità. Nel nostro contesto culturale,

malattia grave e morte di un bambino sono percepiti come qualcosa di iniquo e profondamente ingiusto, quasi che la dimensione della sofferenza, che è ammessa e riconosciuta come parte integrante dell'esperienza umana, non sia estendibile a tutto l'arco dell'esistenza, ma in qualche modo il bambino nelle diverse età e condizioni ne sia esonerato. La realtà, con cui ci confrontiamo quotidianamente, ci conferma che anche i bambini soffrono di patologie inguaribili e che, indipendentemente dall'età, essi sperimentano tutte le problematiche umane, cliniche, psicologiche, etiche e spirituali che malattia grave, irreversibile e morte comportano. Oltre a ciò, l'incidenza della malattia inguaribile, nei Paesi occidentali, è andata, in questi ultimi anni, aumentando, così come è aumentata la disabilità. Il progresso medico e tecnologico ha infatti certamente ridotto la mortalità, ma ha anche aumentato la sopravvivenza di portatori di malattie gravi e potenzialmente letali, senza tuttavia sempre consentirne la guarigione, determinando un incremento, in numeri assoluti, di bambini portatori di malattia inguaribile. Bambini portatori di malattie croniche molto gravi, destinate a portare alla morte o a un'esistenza fortemente segnata dalla disabilità, necessitano di un ripensamento profondo della nostra modalità di erogare assistenza sia a livello culturale che organizzativo nell'ottica di riaffermare degli obiettivi di cura diversi, focalizzati sul consentire il "massimo di salute" e di "qualità della vita" possibili, pur nella malattia e nella sofferenza. In questo ambito, le cure palliative si propongono come strumento adeguato per dare risposte concrete a questi bisogni. L'OMS (1998) definisce cure palliative pediatriche, l'attiva presa in carico globale del corpo, della mente e dello spirito del bambino e comprende il supporto attivo alla famiglia [1]. Per molto tempo, però, il bambino è stato escluso dalle cure palliative e tuttora gli interventi palliativi rivolti al bambino sono limitati a

Per corrispondenza:
 Franca Benini
 e-mail: benini@pediatria.unipd.it

aggiornamento avanzato

esperienze individuali e isolate: infatti attualmente, soltanto una minima parte di bambini con malattia inguaribile può effettivamente fruire di cure palliative. Diverse le motivazioni che probabilmente hanno portato e condizionano il persistere di tale situazione: culturali, affettive, educazionali e organizzative [2]. Del resto, non è certamente facile affrontare questo problema, e complesse e interdisciplinari sono le competenze necessarie per proporre delle soluzioni efficaci, realistiche e applicabili. E la difficoltà di risposta spesso rallenta la ricerca di risposte adeguate e genera dubbi e perplessità sulle reali necessità.

Quali sono i bambini che necessitano di cure palliative?

I criteri di eleggibilità alle cure palliative sono per l'adulto stabiliti, quasi esclusivamente per il paziente oncologico, sulla base della previsione della durata di vita (90 giorni - 180 giorni). Il problema diventa ben più complesso nel caso del paziente in età pediatrica, dal momento che presenta storie di malattia molto differenziate rispetto all'adulto: il criterio temporale, infatti, è fallibile, dal momento che il tempo nello stesso paziente e nelle stesse condizioni cliniche può essere variabile da giorni ad anni. Nemmeno l'andamento, in continuo e prevedibile decadimento, delle condizioni cliniche e delle funzioni è un elemento indicativo di eleggibilità, perché in età pediatrica esistono varie condizioni che richiedono cure palliative, anche specialistiche, con andamento alterno. La letteratura propone quattro categorie diverse di bambini con patologie inguaribili eleggibili alle cure palliative: ciascuna categoria richiede interventi diversificati e specifici [2-6].

- ▶ Bambini con patologie per le quali esiste un trattamento specifico, ma che può fallire e in una parte di essi fallisce (neoplasie, insufficienza d'organo irreversibile).
- ▶ Bambini con patologie in cui la morte precoce è inevitabile, ma cure appropriate possono prolungare e assicurare una buona qualità di vita (infezione da HIV, fibrosi cistica del pancreas); le cure palliative intervengono in fase di aggravamento, quando il paziente presenta bisogni complessi.

- ▶ Bambini con patologie progressive, per le quali il trattamento è quasi esclusivamente palliativo e può essere esteso anche per molti anni (malattie degenerative neurologiche e metaboliche, patologie cromosomiche e geniche ecc.); le cure palliative intervengono quando il paziente presenta bisogni complessi.
- ▶ Bambini con patologie irreversibili ma non progressive, che causano disabilità severa, e morte prematura (paralisi cerebrale severa, disabilità per sequele di danni cerebrali e/o midollari). Le cure palliative, anche in questa categoria, intervengono quando il paziente presenta bisogni complessi.

Si può comprendere quindi, come la durata delle cure palliative nei bambini con malattia inguaribile sia un parametro quanto mai variabile e difficilmente prevedibile: in alcuni casi essere limitata ai primi anni di vita (malattie congenite); in altri prolungata per periodi decisamente maggiori (patologia neurologica, cardiologia, fibrosi cistica del pancreas, malattie autoimmuni) con fasi di dimissione e successiva ripresa in carico; e in altri casi ancora concentrata in un breve periodo che precede la morte. Quindi, per i bambini, non esiste una chiara distinzione fra intervento curativo per migliorare la qualità della vita e prolungarne la durata, e intervento puramente "palliativo". Entrambi gli approcci coesistono e prevalgono a seconda delle diverse fasi e situazioni [2-4]. Pertanto, l'assenza di terapia curativa e la presenza di bisogni complessi che richiedono risposte multispecialistiche, costituiscono gli elementi che motivano, allo stato attuale, l'attivazione di cure palliative specialistiche.

D'altro canto, la grande diversità di forme morbose, di severità dei quadri clinici al loro interno e il diverso andamento della storia clinica di malattia, evidenziano bisogni diversi e contribuiscono a determinare tre diversi livelli di intensità assistenziale di cure palliative [7-8]:

- ▶ *approccio palliativo* in caso di patologie relativamente frequenti e meno se-

vere (principi di cure palliative applicabili da tutti i professionisti della salute);

- ▶ *cure palliative generali* in corso di situazioni più complesse, spesso limitate a una specifica patologia, che coinvolgono professionisti con esperienza e preparazione specifica in cure palliative, anche se in esse impegnati non a tempo pieno;
- ▶ *cure palliative specialistiche* nel caso di situazioni ancora più complesse, richiedenti professionisti dedicati e lavoro in équipe multiprofessionali.

È quindi necessario distinguere l'esigenza di una generale cultura di cure palliative, dalla presenza di competenze specifiche in taluni professionisti fino alla disponibilità di équipe per le cure palliative pediatriche appositamente dedicate.

Altro concetto molto importante è la necessità di distinguere le cure palliative dalle cure terminali: le cure terminali si riferiscono alla presa in carico di bambino e genitori nel periodo strettamente legato all'evento della morte (settimane, giorni, ore). Le cure terminali non sono le cure palliative, ma le cure palliative comprendono le cure della terminalità [2-3].

Questo grosso equivoco condiziona in maniera importante, soprattutto in ambito pediatrico, errori sulla definizione dei criteri di eleggibilità, dei bisogni e delle modalità di offrire risposte adeguate.

Quanti sono i bambini che necessitano di cure palliative?

Non esistono, allo stato attuale, dati pubblicati in letteratura, relativi al territorio italiano.

Un'analisi eseguita dall'Association for Children With Life Threatening of Terminal conditions and Their Families e dal Royal College of Pediatrics and Children Health, in Inghilterra, ha stimato la mortalità annuale e la prevalenza di patologie inguaribili secondo quanto riportato nella *tabella 1* [7].

Il 40% di questi bambini ha malattie oncologiche, il restante 60% è costituito da

TABELLA 1: NUMERO DI BAMBINI CON MALATTIA INGUARIBILE

Mortalità annua da patologie inguaribili	1 su 10.000 bambini tra 0 e 17 anni
Prevalenza di patologie inguaribili	10 su 10.000 minori in età 0-19 anni

una miscellanea di patologie, dove le malattie neurodegenerative, metaboliche e genetiche giocano un ruolo preminente.

Uno studio, appena concluso e in via di pubblicazione, relativo al territorio della Regione Veneto, ha evidenziato, attraverso l'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e delle Schede Istat degli ultimi cinque anni (2000-2004), una prevalenza pari a 8,85/10.000 minori in età 0-17 e una mortalità pari a circa 0,81/10.000.

Molti di questi bambini e ragazzi sono gestiti per lunghi periodi in ambito ospedaliero e circa il 15% è seguito in Assistenza Domiciliare Integrata dai Servizi Territoriali. La quasi totalità muore in ambito ospedaliero (83%).

I dati preliminari di uno studio attualmente in fase conclusiva hanno evidenziato che in Italia muoiono ogni anno circa 1100-1200 bambini e ragazzi di 0-17 anni con malattia inguaribile-terminale. Di questi, il 40% muore a casa, e la percentuale è lievemente maggiore in caso di patologia oncologica (41%) rispetto a quella non oncologica (38%). Notevole la variabilità di percentuale di morte a domicilio a seconda della regione italiana di appartenenza: dal 60-70% nelle Regioni del Sud al 10-15% nelle Regioni del Nord. Certamente, motivazioni culturali, ma anche di organizzazione sanitaria e disponibilità di strutture, condizionano questi dati. Non esistono dati attuali sulla prevalenza in Italia di bambini con malattia inguaribile ma, sulla base delle proiezioni dei dati ricavati dalla letteratura, si stima la presenza sul territorio nazionale di 11.000 bambini e ragazzi di 0-17 anni con patologia incurabile eleggibili alle cure palliative.

Quali bisogni e quali risposte?

L'analisi dei bisogni si propone come la base essenziale e insostituibile per definire, in maniera concreta e realizzabile, modelli organizzativi e assistenziali di cure palliative rivolte al paziente pediatrico.

Negli ultimi anni, alcune indagini a livello nazionale o regionale hanno fornito importanti informazioni, relative sia al paziente bambino e alla sua famiglia che all'equipe e alle istituzioni, mostrano, nonostante le diversità geografiche, culturali, organizzative e sociali,

una sorprendente omogeneità di risultati [7-11]:

- ▶ le famiglie vogliono che il loro bambino venga curato a casa e vi rimanga fino alla morte;
- ▶ il bambino vuole rimanere a casa;
- ▶ le risorse dedicate attualmente alle cure palliative pediatriche sono inadeguate;
- ▶ la disponibilità di servizi di "sollevio" è essenziale e per ora inadeguata;
- ▶ l'accessibilità a eventuali servizi di cure palliative pediatriche è spesso determinata dal luogo dove il bambino vive e dal tipo di patologia (maggiore disponibilità se il paziente presenta una malattia oncologica);
- ▶ la comunicazione fra i vari professionisti che seguono un bambino con malattia inguaribile è povera e deve essere implementata;
- ▶ vi è un urgente bisogno di formazione per i professionisti e volontari coinvolti nella presa in carico del bambino e della sua famiglia.

La risposta a tali bisogni non è certamente semplice: varie esperienze sono state condotte in diversi Paesi e in alcune realtà italiane: tutte in linea di massima si fondano sull'attuazione e/o diversa integrazione di quattro diversi modelli assistenziali, due residenziali e due domiciliari [2-17].

▶ *Cure palliative pediatriche residenziali*, effettuate in strutture specifiche per bambini affetti da patologie inguaribili (hospice o case dedicate a pazienti con patologie specifiche) oppure nei reparti ospedalieri di degenza per acuti.

▶ *Cure palliative pediatriche domiciliari* dove il minore è seguito a domicilio da una équipe ospedaliera (ospedalizzazione a domicilio), o da una équipe territoriale o mista ospedale-territorio (Assistenza Domiciliare Integrata - ADI).

Nessuno fra questi è il modello ideale, tutti presentano, nella realtà applicativa, vantaggi e limiti.

La residenzialità, in hospice e/o in casa dedicata, ha il vantaggio di concentrare l'esperienza per la gestione di casi rari e complessi, garantire bacini d'utenza sufficientemente larghi per avere competenza e risorse dedicate economicamente sostenibili, ma ha lo svantaggio di sradicare il bambino dal suo contesto di vita.

Tale modalità assistenziale contrasta con il desiderio del bambino e della famiglia di ritornare nella propria casa e non può essere, in ogni caso, l'unica soluzione nel caso di decorsi di durata molto lunga. Anche per quanto riguarda la gestione in ospedale valgono gli stessi problemi; inoltre, da più parti, in letteratura, è confermato come l'ospedale per acuti sia lontano per missione e attitudine, per organizzazione e opportunità offerte, dal luogo ideale da cui fornire cure palliative al bambino.

La scelta di domiciliarità attraverso l'assistenza domiciliare integrata, riporta il bambino nella sua realtà familiare e sociale, ma spesso soffre di carenza di risorse ed esperienze e frequentemente il peso della gestione e della presa in carico poggia in gran parte sulla famiglia.

L'ospedalizzazione domiciliare pone limiti legati alla specificità per patologia degli operatori e alla limitata copertura territoriale: l'impossibilità di avere bacini ampi rende organizzativamente ed economicamente problematica la loro attuazione al di fuori di grandi centri urbani con elevatissima densità di popolazione. L'assistenza domiciliare integrata, del resto, pone problemi legati alla continuità delle cure, alla carenza di formazione e di risorse dedicate.

Proprio perché nessuna delle opzioni organizzative teoriche è scevra di limiti, quasi tutti i modelli assistenziali di cure palliative pediatriche attualmente in corso hanno utilizzato una combinazione delle opzioni sopra descritte, considerandole quasi moduli organizzativi da utilizzare congiuntamente in una rete assistenziale, dove le varie istituzioni sanitarie, e non, si integrano in momenti diversi del decorso del paziente, privilegiando, a seconda delle condizioni e delle situazioni specifiche, ora l'una forma ora l'altra. Varie sono le esperienze in tal senso già condotte.

A livello internazionale è da ricordare l'esperienza della rete di hospice integrati e legati ad assistenze domiciliari satellite, che si svolge attualmente negli Stati Uniti, in un ambito territoriale molto vasto che comprende una serie di Stati e che copre un'ampia popolazione. Questa rete di centri è caratterizzata dal loro collegamento funzionale, dalla condivisione di protocolli e comportamenti e dalla disponibilità di informazione comune [2-5].

Analogamente l'esperienza australiana ha evidenziato l'insostituibilità dell'ambiente domestico per percorsi assistenziali di cura palliativa che non siano limitati a pochi giorni o a pochissime settimane, come di regola accade per i bambini. Pur nella vastità del territorio australiano, i centri di riferimento per cure palliative pediatriche specialiste, con sedi generalmente in pochi hospice pediatrici, lavorano in stretto contatto con medici e pediatri territoriali, ospedali e servizi periferici, trovando in essi i partner essenziali per poter gestire a domicilio malati molto complessi, richiedenti cure ad alto livello assistenziale. In questo caso, spesso, il diretto collegamento telematico tra domicilio e centro ha facilitato, e a volte permesso, la permanenza a casa del bambino. Ugualmente l'infrastruttura informatica ha facilitato la frequenza scolastica e ha contribuito a ridurre l'isolamento e la solitudine in cui si trovavano i bambini e le famiglie [2].

Anche in Italia alcune esperienze regionali stanno dimostrando la fattibilità e la bontà di modelli assistenziali basati sull'organizzazione a rete dei servizi, comprendenti un livello di cure specialistiche e livelli di cure intermedie.

In Liguria, nella città di Genova, si sta conducendo un'esperienza di ospedalizzazione domiciliare per pazienti oncologici, gestita da un'équipe specialistica localizzata presso l'Istituto "G. Gaslini". L'area coperta da tale servizio comprende tutta la città di Genova e le zone limitrofe per un raggio di 50 km circa. L'équipe ospedaliera medico-infermieristica segue i bambini anche a domicilio nelle diverse fasi della malattia oncologica, offrendo, con reperibilità medica continua, competenza, risorse e continuità di cura e di obiettivi, dentro e fuori l'Istituto.

In Lombardia, presso l'Università Milano-Bicocca, sede dell'ospedale di Monza, si sta conducendo un'esperienza di cure palliative pediatriche rivolte a minori con patologia oncologica terminale. La gestione domiciliare del minore avviene attraverso un sistema di consulenza a domicilio e reperibilità telefonica ventiquattro ore al giorno per 365 giorni all'anno. L'area coperta da tale servizio comprende la città di Monza e le zone limitrofe per un raggio di 50 km.

In Veneto è stata, invece, privilegiata la strutturazione di una rete regionale di cure palliative pediatriche, che vede in un hospice pediatrico, localizzato a Padova, il centro di riferimento specialistico, dove un'équipe multiprofessionale di cure palliative specialistiche offre la supervisione, la formazione e la presa in carico integrata con i servizi territoriali e ospedalieri, dei bambini oncologici e non oncologici, bisognosi di cure palliative in tutta la Regione.

Nella Regione Veneto la diagnosi di inguaribilità e la presenza di bisogni complessi in un paziente pediatrico (indipendentemente dalla patologia in causa, dall'età e dal luogo di residenza) prevedono l'attivazione del Centro regionale di cure palliative pediatriche. L'attivazione può essere fatta dal pediatra di famiglia e dai servizi territoriali o dal medico ospedaliero di riferimento per patologia. L'équipe di cure palliative specialistiche del centro regionale (medico, infermiere, psicologo) conosce il bambino e la sua famiglia, e incontra tutte le figure sanitarie e non, che hanno in gestione il piccolo paziente. In una prima riunione, medico e pediatra di famiglia, servizi territoriali dell'ASL di residenza, medico specialista di riferimento per patologia, referente del reparto di pediatria dell'ospedale di area più vicino alla residenza del bambino e rappresentanti del Comune di residenza e l'équipe di cure palliative specialistiche valutano il caso, le risorse disponibili e le possibilità concrete di risposta ai bisogni clinici e non, del bambino e della sua famiglia. Definito il Programma Assistenziale Integrato (PAI), viene condiviso con bambino (quanto possibile per età e patologia) e genitori. La domiciliazione prevede una fase di formazione/condivisione di procedure e di modalità di soluzione di eventuali problemi gravi, prevedibili e non, del personale sanitario territoriale, eseguita presso il Centro di riferimento o presso il Reparto specialistico di diagnosi. Una volta che il piccolo è a domicilio, il responsabile del caso è il pediatra di famiglia, e la presa in carico avviene in maniera combinata da parte del personale dei Servizi territoriali e del Centro regionale di cure palliative specialistiche: quest'ultimo coordina i servizi in causa, offre supervisione, tecnica e supporto a tutti i membri dell'équipe allargata e offre reperibilità

continuativa medico-infermieristica. Sono previsti degli incontri fra équipe di cure palliative specialistiche, pediatra di base e servizi territoriali e tutte le altre istituzioni che direttamente e/o indirettamente entrano nella gestione del piccolo paziente e della sua famiglia, per valutare l'efficacia della risposta assistenziale fornita, le eventuali modificazioni di richieste, le problematiche organizzative da affrontare, e i bisogni dell'équipe da assolvere. In caso di ricovero ospedaliero o in hospice, l'équipe di riferimento continua il suo lavoro anche all'interno della struttura residenziale.

Pur con diverse modalità organizzative si stanno concretizzando molteplici esperienze di cure palliative pediatriche in Italia e nel mondo: certamente la diversificazione delle soluzioni assistenziali realizzate, dovuta prevalentemente alle peculiarità locali e alla diversa disponibilità di risorse nelle aree in questione, rappresenta un fattore di stimolo per confrontare, cercare e sperimentare modelli assistenziali che offrano concretamente a questi pazienti così particolari e "speciali" competenza, univocità di risposta e presa in carico globale. ♦

Bibliografia

- [1] World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care in children. Geneva: WHO, 1998.
- [2] Goldman A, Hain R, Liben S. Oxford Textbook of Palliative Care for Children. New York, Oxford University Press, 2006.
- [3] Graig F, Abu-Saad H, Benini F, et al. IMPaCCT: standards for paediatric palliative care in Europe. *EJPC* 2007;14(3):109-14.
- [4] American Academy of Pediatrics. Palliative care for children. *Pediatrics* 2000;106:351-7.
- [5] When children die: improving palliative and end of life care for children and their families. Institute of Medicine of the National Academies, 2003.
- [6] Goldman A. ABC of palliative care: special problems of children. *Br Med J* 1998;316:49-52.
- [7] Association for Children with Life-Threatening or Terminal Conditions and their Families (ACT) and the Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH), Bristol, UK, 2003.
- [8] Department of Health and Children. A Palliative care needs assessment for Children. Dublin, Stationery Office: 2005.
- [9] Department of Health and Children. Report of the National Advisory Committee on Palliative Care. Dublin, Stationery Office: 2001.
- [10] McCallum D E, Byrne P, Bruera E. How children die in hospital. *J Pain Syptom Manage* 2000; 20:417-32.

NEWSLETTER PEDIATRICA N. 19

La sorveglianza della letteratura per il pediatra

Bollettino bimestrale per i soci ACP

Febbraio-marzo 2007 - Vol. 4, pp. 33-50

NEL NUMERO 19

Presentazione	pag. 34
Letteratura primaria	
Timpanostomia precoce vs tardiva in caso di effusione persistente dell'orecchio medio	pag. 35
Effetto dell'esposizione al traffico autostradale sullo sviluppo del polmone	pag. 36
Paracetamolo, ibuprofene e codeina nel dolore da trauma muscolo-scheletrico	pag. 37
Utilizzo di una bottiglia di plastica come distanziatore nel trattamento con broncodilatatore	pag. 38
Efficacia del metoprololo a lento rilascio nel trattamento dell'ipertensione essenziale	pag. 39
Utilità dei corticosteroidi nel trattamento iniziale della malattia di Kawasaki	pag. 41
Caratteristiche dei bambini che vomitano dopo trauma cranico	pag. 43
Acido folico periconcezionale e rischio di labiopalatoschisi	pag. 44
Fattori di rischio della plagiocefalia	pag. 44
Associazione tra "cattivo sonno", obesità e problemi nello sviluppo cognitivo	pag. 45
Efficacia e costi del trattamento dell'asma con Fluticasone e Montelukast	pag. 46
In breve	pag. 48
Cochrane Database of Systematic Review (Il 2° aggiornamento del 2007)	pag. 50

La distribuzione della Newsletter è limitata ai soci ACP e avviene per posta elettronica. Per riceverla è necessario iscriversi inviando una e-mail all'indirizzo newsletter@csbonus.org, con oggetto "Conferma newsletter" e specificando: nome, cognome, città e professione (pediatra di famiglia, ospedaliero ecc.). Gli arretrati sono disponibili sul sito www.csbonus.org, nella sezione Risorse (vedi).

Per corrispondenza:

Luca Ronfani e-mail: ronfani@burlo.trieste.it; tel. e fax 040 3785401
 Anna Macaluso e-mail: newsletter@csbonus.org; tel. 040 3220447, fax 040 3224842

[11] Maguire, H. Assessment of Need Of Life-limited Children in Northern Ireland. Northern Ireland Hospice Children's Service: Belfast, 2000.

[12] Soutter J, Bond S, Craft A. Families of Misfortune: Proposed strategy in the Northern Region for the care of children with life threatening illnesses, and their families, Department of Child health and centre for Health Services Research, University of Newcastle upon Tyne, 1994.

[13] Breau LM, Camfield CS, McGrath PJ, Finley GA. The incidence of pain in children with severe cognitive impairments. Arch Pediatr Adolesc Med 2003;157:1219-26.

[14] Wolfe J, Grier HE, Klar N, et al. Symptoms and suffering at the end of life in children with cancer. N Engl J Med 2000;342:326-33.

[15] Zernikow B, Schiessl C, Wamsler C, et al. Practical pain control in pediatric oncology. Recommendations of the German Society of Pediatric Oncology and Hematology, the German Association for the Study of Pain, the German Society of Palliative Care, and the Vodafone Institute of Children's Pain Therapy and Palliative Care. Schmerz 2006;20:24-39.

[16] A guide to the development of children's palliative care services. London: Association for Children with Life Threatening or Terminal Conditions and their Families, Royal College of Paediatrics and Child Health, 2003.

[17] Himmelstein B, Hilden J, Boldt A, Weissman D. Pediatric palliative care. N Engl J Med 2004;350:1752-62.

AVVISO PER I LETTORI

Tutti gli scenari clinici finora pubblicati su

Quaderni acp

possono essere consultati ricercandoli su

www.quaderniacp.it

in "Area didattica"

Per quesiti sui temi trattati, o suggerimenti sui quesiti da trattare scrivere a: redazionequaderni@tiscali.it

XIII CONGRESSO ITALIANO DELLA FIBROSI CISTICA

III CONGRESSO NAZIONALE SIFC

Milano, 30 novembre - 2 dicembre 2007

Il terzo Congresso della SIFC, che è anche il tredicesimo congresso nazionale della comunità professionale che si occupa di fibrosi cistica, si svolgerà a Milano. Il tema di questo congresso sarà la ricerca. Verranno presentati gli aspetti più innovativi della ricerca di base, la quale si interfaccia sempre più strettamente con la ricerca genetica e clinica: dalla patologia molecolare a livello polmonare ed epatico alla identificazione di nuove piattaforme tecnologiche, utili per lo studio della fisiopatologia della malattia, fino alle nuove terapie.

Sarà un'importante occasione di approfondimento: un Simposio European Respiratory Society sulla ricerca traslazionale. Il programma pre-congressuale includerà un Workshop sull'Evidence Based Medicine e l'Evidence Based Practice.

Un argomento innovativo, la valutazione economica della fibrosi cistica, verrà discusso in un simposio satellite. Come sempre, il Congresso avrà spirito multidisciplinare e multiprofessionale riflettendo la vocazione della SIFC tesa a realizzare un approccio globale al paziente e alla sua famiglia.

La scelta dell'Università degli Studi di Milano a sede del Congresso è carica di significati. L'Università ha infatti sede nell'edificio dell'antico "Spedale di Poveri" voluto da Francesco Sforza, duca di Milano, e da sua moglie Bianca Maria Visconti. La prima pietra fu posata il 12 aprile 1456. Il duca affidò il progetto all'architetto toscano Antonio Averlino, detto il Filarete. Lo storico edificio fu adibito ad ospedale fino alla seconda guerra mondiale e divenne sede dell'Università nel 1958.

Segreteria organizzativa eac srl. Via Sannio, 4 - 20137 Milano
 tel 0259902320 - fax 0259900758 - e-mail: eacsr@tin.it

Università degli Studi di Milano, Via Festa del Perdono, 7

Di quanto si riduce una malattia eliminando un fattore di rischio?

Roberto Buzzetti*, Sergio Conti Nibali**

* Epidemiologo, Bergamo; ** Pediatra di famiglia, ACP dello Stretto, Messina

Abstract

How much does an illness reduce itself by the elimination of a risk factor?

The present paper has the aim to describe a measure able to give a clear idea of the weight a risk or a protective factor can have on a specific pathology: the PIN-ER-t. It describes the number of avoidable cases of a specific illness in a specific period of time by the elimination of a risk factor. The PIN-ER-t exceeds the limits of other measures (Relative Risk and Attributable Risk in a population) usually considered in describing the association between a risk factor and a pathology. An example often made is the prevention of SIDS by the back to sleep position. With the PIN-ER-t it is could be much easier for people to understand the impact that a risk factor can have on a population.

Quaderni acp 2007; 14(5): 218-219

Key words Epidemiology. Risk factor. Public Health

L'articolo ha l'obiettivo di presentare al lettore una misura, il PIN-ER-t, che può fornire una chiara idea del peso che un fattore di rischio (o di protezione) ha su una determinata patologia; esprime il numero di casi di una malattia che può essere evitato in un periodo di tempo eliminando il fattore di rischio. Il PIN-ER-t supera i limiti di altre misure (il Rischio Relativo e il Rischio Attribuibile nella Popolazione) comunemente utilizzate per descrivere l'associazione tra un fattore di rischio e una patologia. Viene utilizzato l'esempio della posizione supina nella prevenzione della SIDS. Utilizzando il PIN-ER-t sarebbe molto più facile far comprendere all'opinione pubblica l'impatto che un fattore di rischio può avere sulla salute della popolazione.

Parole chiave Epidemiologia. Fattore di rischio. Sanità pubblica

E se...?

In un recente articolo apparso su *Archives of Disease in Childhood* due ricercatori inglesi hanno stimato il numero di casi di asma, celiachia e obesità che si sarebbero potuti prevenire se il "non allattamento al seno" (vedi anche a pag. 194) fosse stato eliminato come fattore di rischio in un determinato periodo in Inghilterra e Galles [1]. Hanno poi calcolato il numero di casi di malattia che si potrebbero prevenire in base all'aumento della prevalenza dell'allattamento. I calcoli sono stati eseguiti stimando una prevalenza di allattamento al seno per i primi 3 mesi di vita del 30%; una prevalenza di asma del 24%; di celiachia dell'1% e di obesità del 16,5% durante gli ultimi otto anni in bambini di 7-9 anni.

I risultati sono impressionanti: se tutti i bambini fossero stati allattati al seno per 3 mesi, ci sarebbero stati in meno: 33.100 asmatici, 2655 celiaci e 13.639 obesi. Numeri sicuramente impossibili perché l'ipotesi del 100% di allattamento al seno

per i primi 3 mesi è "impossibile". Ma se la prevalenza dell'allattamento aumentasse solo del 10%, i numeri sarebbero non meno interessanti (si risparmierebbero 3759 casi di asma, 284 di celiachia, 1712 di obesità).

Sembra interessante illustrare il metodo che ha portato gli Autori a questi risultati.

Il Rischio Attribuibile nella Popolazione (RAP)

I risultati delle ricerche che studiano l'associazione tra un fattore di rischio e una patologia di solito sono riportati con le misure del Rischio Relativo (RR) o dell'Odds Ratio (OR). Il RR descrive il rapporto tra il rischio (la probabilità) di un evento in due gruppi di popolazioni messe a confronto tra loro. L'OR esprime l'odds (che possiamo considerare come una sorta di pronostico) che un evento si verifichi in una popolazione in rapporto a quanto avviene in un'altra popolazione presa a confronto.

Tuttavia queste misure non danno una chiara idea del peso reale del fattore di rischio, in quanto non tengono conto della sua prevalenza nella popolazione. Una misura che tiene conto di tale prevalenza è il Rischio Attribuibile nella Popolazione (RAP). Il RAP esprime la proporzione di casi di malattia che potrebbero essere evitati in una popolazione se si rimuovesse un determinato fattore di rischio. Il RAP si può facilmente calcolare a partire dalla proporzione di popolazione con il fattore di rischio (Pe) e dal rischio relativo della malattia considerata, in presenza/assenza del fattore di rischio, secondo la seguente formula:

$$\text{RAP} = [\text{Pe} (\text{RR}-1)]/[1+\text{Pe} (\text{RR}-1)]$$

dove Pe = proporzione di popolazione con il fattore di rischio, RR = rischio relativo della malattia in presenza/ assenza del fattore di rischio.

Un esempio di RAP

Chiediamoci, per esempio, quale proporzione di SIDS può essere evitata eliminando da una popolazione il fattore di rischio di posizione scorretta, cioè di "posizione non supina".

Supponiamo che il 25% dei bambini in quella popolazione sia messo a dormire in posizione non supina; e che il RR per la SIDS del fattore "posizione non supina" sia pari a 4 (cioè un lattante messo a dormire non supino ha una probabilità di SIDS quadrupla rispetto al lattante messo a dormire supino).

Sostituendo nella formula si ottiene:

$$\text{RAP} = [0,25 \times (4-1)]/[1+0,25 \times (4-1)] = 0,43 \text{ (vedi figura).}$$

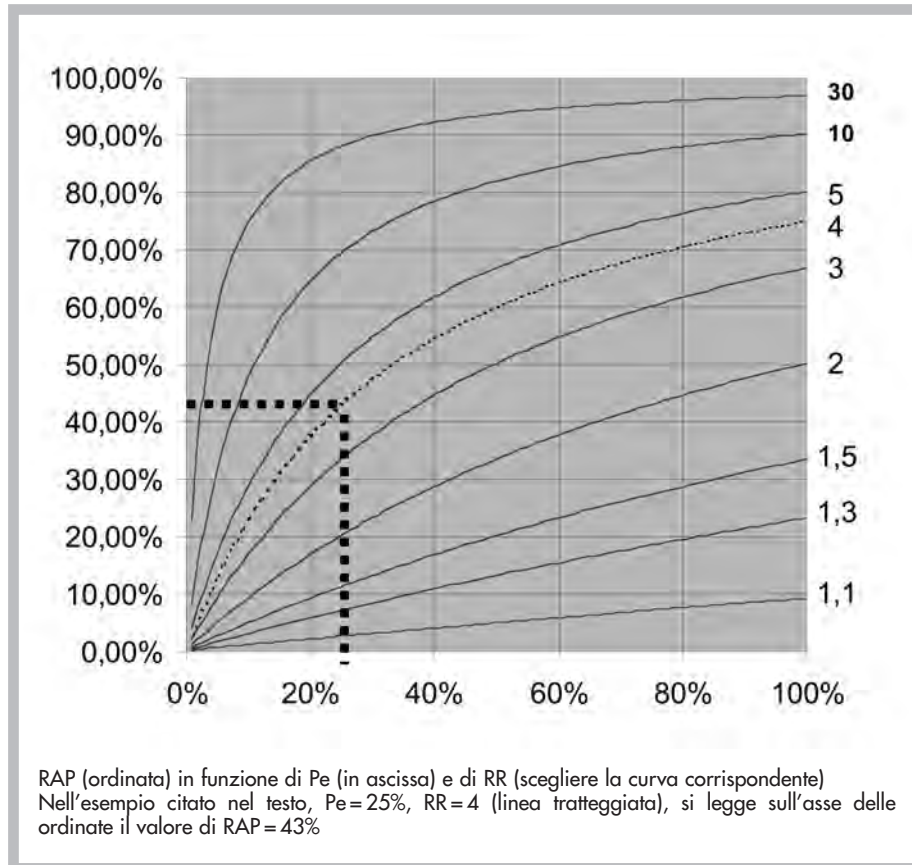
Dunque, convincendo tutte le famiglie di quella popolazione a mettere i bambini in posizione supina, si eviterebbe il 43% dei casi di SIDS.

Notiamo come la combinazione dei due elementi (la diffusione del fattore di rischio e il rischio relativo) porti a risultati abbastanza sorprendenti. Un RR di 40, ma limitato a una modesta proporzione di popolazione (1 su 1000), ha un rischio attribuibile solo del 3,7%. È questo il

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

leggere e fare

FIGURA: UN ESEMPIO DI RAP



caso di esposizioni molto rare (per motivi professionali o genetici); in casi come questi è doveroso eliminare il fattore nei gruppi ad alto rischio, mentre un approccio di popolazione sarebbe poco opportuno.

Il PIN-ER-t

Heller propone una nuova misura che risulta semplice nel calcolo e di facile comprensione anche per l'opinione pubblica [2]. Si tratta del PIN-ER-t che ci dà l'idea del potenziale numero di casi di malattia prevenuti in una specifica popolazione in un periodo di t anni se il fattore di rischio fosse eliminato. Gli Autori del lavoro che stiamo considerando (uno dei quali è lo stesso Heller) per arrivare alle loro conclusioni hanno calcolato il PIN-ER-t.

Il calcolo del PIN-ER-t per variabili dicotomiche (presenza o assenza del fattore di rischio) si basa sulla formula $\text{PIN-ER-t} = N \times I_p \times \text{RAP}$, dove N è la numerosità della popolazione e I_p è l'incidenza della malattia nell'intera popolazione

in un periodo di t anni. Il calcolo del PIN-ER-t e degli intervalli di confidenza al 95% può essere fatto utilizzando il calcolatore automatico all'indirizzo <http://www.phsim.man.ac.uk/pinert/Default.aspx>.

Un esempio di PIN-ER-t

Proviamo a fare un esempio calandolo nella realtà italiana. Ipotizziamo un'incidenza di SIDS di 1 su 1500 nati, dunque circa 400 casi all'anno (su 600.000 nati), con un'incidenza, quindi, di 0,000667. Vediamo quante morti eviteremmo in 10 anni se eliminassimo il fattore di rischio "posizione non supina".

Sostituendo nella formula si ottiene: $\text{PIN-ER-t} = 600.000 \times 0,000667 \times 0,43 = 172$, che rappresenta il numero di morti evitate in un anno; in dieci anni sarebbero dunque 1720.

Vantaggi e limiti del PIN-ER-t

Come si evince da questi esempi, utilizzando il PIN-ER-t sarebbe molto più facile far comprendere all'opinione pub-

blica l'impatto che un fattore di rischio può avere sulla popolazione. Si potrebbe enunciare più semplicemente come "il numero di casi di una malattia che può essere evitata in un periodo di tempo eliminando il fattore di rischio".

Un possibile e probabilmente non trascurabile difetto, tuttavia, questo metodo lo presenta. Il principio su cui si fonda è che l'associazione tra il fattore di rischio e la malattia (e quindi il RR che si prende in considerazione nella formula) derivato da studi osservazionali sia interamente causale. E questo non è vero. Nel caso dell'allattamento al seno, per esempio, le madri che allattano si differenziano per la classe sociale, il livello di istruzione, dieta e stili di vita; qualsiasi differenza nell'incidenza delle varie malattie nei loro figli potrebbe essere dovuta (anche se parzialmente) anche agli altri fattori; quindi è molto probabile che l'effetto stimato riguardo all'allattamento al seno nella prevenzione di queste malattie sia sovrastimato dal PIN-ER-t.

Conclusioni

Il RAP e il suo derivato, il PIN-ER-t, dovrebbero essere maggiormente utilizzati per spiegare con maggiore efficacia l'associazione tra un fattore di rischio e una patologia. Tenendo presente che tanto più i RR da cui deriva il calcolo sono affidabili, tanto più il messaggio sarà rispondente alla realtà. L'utilizzo di informazioni che provengono da analisi multivariate potrebbe ridurre il rischio di produrre risultati poco veritieri. ♦

Abbreviazioni

RAP: Rischio Attribuibile nella Popolazione.

Pe: proporzione di popolazione con il fattore di rischio.

RR: rischio relativo della malattia in rapporto a un fattore di rischio.

PIN-ER-t: numero di casi di una malattia che può essere evitato in un periodo di tempo eliminando il fattore di rischio.

Bibliografia

[1] Akobeng AK, Heller RF. Assessing the population impact of low rates of breast feeding on asthma, coeliac disease and obesity: the use of a new statistical method. *Arch Dis Child* 2007;92:483-5.

[2] Heller RF, Buchan I, Edwards R, et al. Communicating risks at the population level: application of population impact numbers. *BMJ* 2005;327:1162-5.

Il medico e le storie

Giorgio Bert
Dipartimento Comunicazione Counselling Salute, Istituto Change, Torino

Abstract

Doctor and the stories

A one day seminar organized by the Change Institute (Superior School for Systemic Counselling) in Turin on May 10, 2007. A good occasion for presenting and sharing knowledge and practical ways to apply narrative based medicine in everyday work. Of particular interest are the considerations reported by Giorgio Bert.

Quaderni acp 2007; 14(5): 220-221

Key words Narration. Narrative Medicine. Therapeutic relation

Una giornata seminariale, organizzata dall'Istituto Change (Scuola Superiore di Counselling Sistemico) e svoltasi a Torino il 10 maggio 2007, è stata l'occasione per presentare e condividere con i partecipanti conoscenze e modalità concrete di applicazione della medicina basata sulla narrazione nell'agire e nel contesto medico quotidiano. Interessanti, in particolare, le riflessioni contenute nell'intervento di Giorgio Bert, che proponiamo qui di seguito.

Parole chiave Narrazione. Medicina narrativa. Relazione terapeutica

Prima, quando si studiava medicina, si sapeva che bisognava fare raccontare al paziente – valeva lo slogan di Osler “se fate parlare il paziente sarà lui a dirvi la diagnosi” – e grande era l'importanza che veniva data alla narrazione del paziente in termini di semeiotica. La narrazione del paziente in questo contesto veniva ri-narrata dal medico in funzione di un'ipotesi diagnostica: il paziente raccontava cose, il medico ne prendeva alcune che servivano alla diagnosi, scartava quelle che a occhio non gli sembravano utili in tal senso e ricostruiva una storia ordinata, cronologicamente impostata, con catene lineari di causa ed effetto che arrivavano all'oggi e all'ipotesi diagnostica.

Questa forma di narrazione era comunque tale che teneva conto e rispettava quello che il paziente diceva della sua vita e della sua storia.

All'inizio degli anni '70 c'è stata una svolta drammatica, epocale: l'irruzione della tecnologia moderna nella medicina. Del '71 è la descrizione di quello che allora si chiamava Emi-scanner (solo dopo si è chiamato tomografia assiale computerizzata) e che ha radicalmente cambiato il ruolo dell'essere medico. L'avvento dell'elettronica e della biologia molecolare, che permetteva di andare a studiare fino in fondo le origini delle

malattie, ha trasformato il medico in un tecnico di altissimo valore: non era più così importante stare ad ascoltare il malato, non era più così importante stare a visitarlo. La visita rimaneva più che altro come un simulacro rituale. Gli strumenti sofisticati, le fibre ottiche, le microtelecamere hanno cambiato tutto. Per i primi dieci anni c'è stata una reale ubriacatura, con riviste serie che affermavano che nel giro di vent'anni la medicina generale sarebbe scomparsa, perché inutile. Al massimo si poteva prevedere una figura di medico che indicasse le direzioni, inviando il paziente agli specialisti opportuni, capaci di arrivare a fondo con i loro apparecchi. In questa ubriacatura ci si è narrati tutti quanti una storia, divenuta dominante: la medicina è un problema di biotecnologie avanzate; i medici sono dei tecnici di elevatissima qualità, ma pur sempre dei tecnici.

Questa situazione ha un notevole svantaggio: il tecnico è la persona più facilmente valutabile da chiunque. Avere accettato questa posizione di alta tecnologia significa accettare di essere in grado sempre di individuare i guasti e di ripararli. In realtà non si è in grado di fare questo: i guasti sono multifattoriali e, come tecnici, i medici sono stati pesantemente criticati.

Passata la sbornia tecnologica alla fine degli anni '80, ne è rimasto il “mal di testa”: i medici si sono trovati ad avere le stesse responsabilità di prima, senza però la posizione di fiducia e rispetto che in precedenza la gente riponeva nella medicina. La malasanta è diventata una parola di moda, anche perché redditizia, con la possibilità di avere dei risarcimenti.

La personalità del medico ridotto a tecnico ne è risultata pesantemente diminuita. La medicina e l'essere medico avevano un tempo una valenza relazionale importante. È rimasta la storia che la tecnologia sia in grado di risolvere i problemi. Il tentativo di ricostruire una rispettabilità in medicina non può dunque essere fatto andando all'indietro, perché la tecnologia c'è e ha prodotto risultati egregi e importanti, reali. Il tipo di paziente che c'è oggi non è quello di tanti anni fa: legge, va su Internet, si informa, sa o crede di sapere cose, arriva dal medico con idee e convinzioni costruite, strutturate, non si mette nelle sue mani, esige un rapporto di reciprocità. La ricostruzione della rispettabilità del medico non può più passare attraverso la costruzione di una figura paterna o autoritaria. Quello che viene chiesto al medico oggi è l'aspetto fondante della professione medica, che non è la competenza altotecnologica, ma la capacità di costruire una relazione terapeutica [1-2]. È la relazione che fa il medico, non la capacità di usare le macchine: il titolare della malattia non coincide con la malattia. È una persona che ha una vita, un lavoro, una famiglia, delle aspettative, delle paure, delle emozioni. Parlare con una persona della sua malattia non è un qualcosa che viene spontaneo. Il medico non è attrezzato a parlare con le persone; non esistono materie di base in medicina che insegnino a costruire competenze relazionali (medical humanities), quali saper parlare, saper comunicare, saper dare cattive notizie, saper reggere la propria frustrazione quando si devono dare cattive notizie.

Per corrispondenza:
Giorgio Bert
e-mail: giorgiobert@ipsnet.it

narrative medicine

Tra il paziente e il medico c'è un fossato: anzitutto quello che separa tutti i sani da tutti i malati. Un sano è diverso da un malato. Poi ci sono i ruoli: il medico, oltre a essere medico, è anche una persona a pieno titolo, con angosce, frustrazioni, timori, emozioni. Questo fossato non può essere colmato, perché non si può coincidere con un'altra persona. Bisogna però gettare ponti sopra il fossato, perché altrimenti non si comunica. Questi ponti sono in origine di natura antropologica: quando l'antropologo si trova in un territorio che non conosce, in presenza di una popolazione che non conosce (come succede al medico di fronte al paziente, altro da lui, sia come persona che come malato), esplora il territorio e cerca di capire quali siano i significati che l'altro dà agli elementi importanti della sua vita. Allora l'esplorazione antropologica va avanti sulla base di narrazioni: l'antropologo oggi raccoglie storie, cercando di comprendere i significati dell'esistenza e di costruire dei ponti tra quelli propri e quelli degli altri. Nel campo medico ci si trova di fronte a persone, famiglie, sistemi di cui si conosce nulla o quasi. Prima bisogna esplorare per vedere quali sono i punti dove è più facile poggiare il ponte, non troppo lontani da quello che si ha nella propria mente. Ma il medico deve studiare anche sé medesimo per sapere, dalla sua parte, dove appoggiare il ponte. L'aspetto autobiografico è sostanziale, perché i pregiudizi, i preconcetti, le proprie idee e convinzioni pesano all'interno di una relazione e pesano sin dal primo incontro. Quello che si dice a un paziente la prima volta può influenzare tutto il futuro della relazione con lui, se si dicono cose che vanno in uno o in un altro senso, senza ancora avere riflettuto su quanto si dice. La narrazione è lo strumento principale di esplorazione del mondo dell'altro. Non è più una narrazione di tipo anamnestico, da scomporre, per prenderne i pezzi che servono per la diagnosi [3]. Serve a capire che senso e che significato dà l'altro agli eventi della sua esistenza. Può essere un significato totalmente diverso dal proprio, non solo su basi scientifiche, ma anche su basi personali. Questo aspetto narrativo è quello che permette la fondazione di una relazione terapeutica, che è un rapporto di reciprocità, con una parità nella disparità. La disparità, l'asimmetria, è legata

al ruolo e non può essere modificata. La parità è quella che esiste tra persone umane, ciascuna esistente con le proprie emozioni, paure, convinzioni, ecc. La parità implica il rispetto, parola chiave nella medicina narrativa: qualsiasi cosa l'altro narri, va accolta. Questo non vuol dire necessariamente accettarla, né tanto meno approvarla. Accogliere vuol dire riconoscere il diritto di dare alle cose un senso diverso dal proprio, anche se sul piano scientifico può apparire assolutamente stravagante. Se non c'è il movimento di accoglienza, non è possibile costruire una situazione relazionale tale che si possa aiutare l'altro nel cambiamento. La fiducia è relazione, è reciprocità. Questi aspetti relazionali sono lo specifico della medicina narrativa, parte delle *medical humanities* che utilizza una serie di strumenti culturali (letteratura e altre forme artistiche), e prevede competenze di base che hanno a che fare con l'antropologia, la sociologia, la pedagogia, molto cambiata negli ultimi 60 anni, in particolare per quanto riguarda la formazione dell'adulto [4].

Sono stati i medici delle cure primarie i primi a recuperare questa dimensione, essendo sulla linea del fronte, senza macchine dietro cui nascondersi. In alcuni casi molti medici di medicina generale hanno sperato che mettersi in ambulatorio qualche apparecchiatura di self help potesse aiutarli a rientrare nell'ambito della tecnologia, peraltro senza troppa convinzione. Molti si sono dedicati agli aspetti comunicativi relazionali, con la riflessione su cosa vuol dire oggi essere medico. Creati come operatori, si è molto convinti che bisogna fare; il medico che non riesce a fare si sente facilmente frustrato. La riflessione sull'essere medico in quanto persona, che passa attraverso il recupero delle *medical humanities* e della medicina narrativa, è la strada principale per recuperare quella posizione di rispetto nei confronti della medici-

na che il medico, come tecnico puro, si era lasciato sfuggire. ♦

Note

[1] "Il punto cinque della Carta di Firenze recita che il tempo dedicato all'informazione, alla comunicazione e alla relazione è tempo di cura. La fretta impedisce l'ascolto e non dà la possibilità di rispondere a ciascuno secondo le proprie esigenze. C'è anche un tempo interno, mentale, che è la disponibilità del medico a concentrarsi sul suo interlocutore e a concedergli un tempo veramente suo e a lui dedicato". Gangemi M. La "Carta di Firenze" è un impegno dell'ACP. Quaderni acp 2005; 5:185.

[2] "Il medico che non possiede strumenti comunicativi adeguati può trovarsi (e non di rado si trova) in difficoltà allorché non si voglia limitare alla pura e semplice informazione sia pur corretta ed esaustiva, ma intenda ricercare una collaborazione attiva da parte del paziente". Bert G. Una (apparentemente) strana coppia: medicina e narrazione. Introduzione a Narrazione e prove di efficacia in pediatria. A cura di Gangemi M, Zanetto F, Elli P. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2006.

[3] "La cosiddetta anamnesi dei vecchi trattati di semeiotica non si limitava alla raccolta di dati clinici, ma si allargava alla conoscenza del mondo del paziente, dei suoi rapporti familiari e sociali, delle sue convinzioni personali in tema di salute e malattia; era di fatto una narrazione". Bert G. Una (apparentemente) strana coppia: medicina e narrazione. Introduzione a Narrazione e prove di efficacia in pediatria. A cura di Gangemi M, Zanetto F, Elli P. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2006.

[4] Il filone delle *Medical Humanities* nasce dalla riflessione sulla crisi della medicina, a dispetto dei suoi spettacolari successi terapeutici e tecnologici, e dall'analisi dello scollamento tra la cultura scientifico-tecnologica e quella umanistica. L'attenzione a opere letterarie o altre forme della tradizione umanistica, in cui possono essere messi in evidenza aspetti comunicativi, etici e deontologici comuni e ricorrenti nella pratica medica quotidiana, promuove il confronto e la verifica delle finalità e del rispetto di esigenze etiche di una cultura altrimenti orientata unicamente ad accrescere il sapere scientifico. Da: Spinsanti S. Editoriale. Janus 2001;4:3.



Un bambino con vomito ricorrente e chetosi*

Giuseppe Primavera*, Antonio Tedeschi**

*Pediatria di famiglia, Palermo; **UO di Pediatria, Ospedali Riuniti, Reggio Calabria

Abstract

A child with cyclic vomiting and chetosis

The case of a 4 year and 9 month old child with recurrent episodes of nausea and incoercible vomiting lasting from 12 to 48 hours, with free weeks or months intervals is described. Based on his anamnesis and on the absence of alarm signs a diagnosis of cyclic vomiting syndrome is formulated by the "Roma criteria". The differential diagnosis, a possible therapy, the taking care of this often underestimated problem and its prognosis are evaluated in this article.

Quaderni acp 2007; 14(5): 222-224

Key words Cyclic vomiting syndrome. Roma III criteria. Ondansetron

Viene descritto il caso di un bambino di 4 anni e 9 mesi che da più di due anni presenta crisi ricorrenti di nausea e vomito incoercibile della durata di 12-48 ore, separate da intervalli liberi di settimane o mesi. Sulla base dell'anamnesi e dell'assenza di segni di allarme, in accordo con i cosiddetti "criteri di Roma" viene formulata la diagnosi in positivo di sindrome del vomito ciclico. Vengono discusse la diagnosi differenziale, le possibili terapie, la presa in carico e la prognosi di questo disturbo funzionale spesso misconosciuto.

Parole chiave Sindrome del vomito ciclico. Criteri di Roma III. Ondansetron

La storia

F. è un bambino di 4 anni e 9 mesi che si presenta per la prima volta in ambulatorio per una visita di controllo.

È stato allattato al seno solo per pochi giorni, poi è passato al latte vaccino adattato, e siccome il bimbo ha iniziato ad avere frequenti rigurgiti dopo ogni pasto sono stati provati vari tipi di latte, prima una formula "antireflusso", poi un latte di soia, infine un idrolisato: tutti con risultati insoddisfacenti. Insomma, secondo la mamma, F. ha avuto molti problemi fin dai primi mesi di vita.

Intanto F. cresceva bene, e dopo l'anno i rigurgiti sono spariti, ma dall'inizio del terzo anno è comparso un nuovo problema: il vomito, anzi "l'acetone", come sottolinea la mamma. Per tale sintomo lo ha portato spesso al Pronto Soccorso, dal quale è stato frequentemente disposto il ricovero. Il racconto prosegue con la descrizione dettagliata della sequenza abituale degli eventi. L'esordio è quasi sempre mattutino, poco dopo il risveglio; a volte il bambino ha la febbre, ma in altre occasioni tutto inizia in pieno benessere. Durante le crisi F. vomita ripetutamente, anche più di dieci volte, si lamenta di dolori addominali, è pallido,

prostrato, ha fotofobia. Le crisi durano da 12 a 48 ore, i farmaci sono quasi sempre poco efficaci. Però, dice sempre la mamma, F. sta meglio solo se riesce ad addormentarsi. Comunque, quando la crisi cessa, il bambino torna a star bene abbastanza rapidamente. Tra una crisi e l'altra sta benissimo.

Ha naturalmente fatto numerosi esami, quasi sempre gli stessi: dalla rapida lettura risulta che glicemia, emocromo, VES, Ig, ferritina, transaminasi, elettroliti, AGA-EmA sono sempre risultati normali. Da qualche scarna relazione dei ricoveri ospedalieri emerge quasi sempre una diagnosi di infezione delle alte vie respiratorie e chetosi.

Al momento della visita il bambino sta bene, ha una alimentazione varia, l'alvo è regolare, la crescita nei limiti della norma, lo sviluppo psicomotorio perfettamente adeguato all'età. Dall'anamnesi un dato di rilievo può essere valutato: madre e nonna materna soffrono di emicrania.

La diagnosi

All'esordio di un caso con questa presentazione si possono porre in discussione alcune diagnosi differenziali, anche se



alcune puramente teoriche, elencate solo per amore di completezza:

- ▶ lesioni del sistema nervoso centrale (tumori della fossa cranica posteriore);
- ▶ ostruzioni intestinali (malrotazione, volvolo intermittente, compressione dell'arteria mesenterica superiore);
- ▶ anomalie della motilità gastrointestinale (pseudostruzione intestinale cronica);
- ▶ malattie metaboliche (difetti del ciclo dell'urea, acidosi organiche, difetti dell'ossidazione degli acidi grassi);
- ▶ sindrome del vomito ciclico.

I tumori cerebrali, specie nelle prime fasi, possono presentarsi con episodi di vomito mattutino, non preceduto da nausea, al passaggio in ortostatismo; nei casi dubbi, quando la sintomatologia non recede tra una crisi e l'altra o se è presente cefalea, sarà bene effettuare una TC o meglio una RM del cervello e del tronco cerebrale. Nel caso di F. la sintomatologia dura forse da troppo tempo.

Una anomalia della rotazione intestinale in un bambino grandicello può presentarsi con episodi ricorrenti di dolore addominale, vomito o entrambi. La diagnosi può essere ecografica (la vena mesenterica superiore collocata alla sinistra dell'arteria è suggestiva di malrotazione) o con Rx del tratto superiore con mezzo di contrasto, che rivela la malposizione del legamento di Treitz. Nella pseudostruzione le crisi intermittenti di distensione addominale e vomito iniziano nel 75% dei bambini affetti entro il primo anno; nel 60% si associano stipsi, dolore addominale e difetto di crescita. La radiografia diretta dell'addome rivela livelli idroaerei nel piccolo intestino.

Nei casi particolarmente gravi, non sembra essere il caso di F, con familiarità e altri sintomi come basso peso alla nascita, ritardo di sviluppo, convulsioni, scarsa crescita ed esordio particolarmente precoce, occorre pensare alle malattie mitocondriali, che coinvolgono il ciclo

Per corrispondenza:

Giuseppe Primavera

e-mail: beppeprimavera@virgilio.it

il caso che insegna

ossidativo degli acidi grassi. Queste possono presentarsi con crisi caratterizzate da vomito, letargia, disidratazione ed emicrania, scatenate da periodi di digiuno; in tali casi sarà necessario richiedere un'emogasanalisi, un dosaggio di glicemia e acidi organici urinari ottenuti durante la crisi. Esistono infatti case-report di soggetti inizialmente classificati come affetti da vomito ciclico, in cui sono state dimostrate mutazioni del DNA mitocondriale [1].

Anche gli errori del ciclo dell'urea (deficit OCT eterozigoti) possono esprimersi con episodi di iperammoniemia caratterizzati da vomito e segni neurologici, scatenati da dieta iperproteica o stati catabolici provocati da una banale infezione; presentazione simile possono avere alcune forme intermedie di acidosi organiche. Ma si tratta di episodi particolarmente gravi.

Nel caso di F. la lunghezza della storia, che dura ormai da due anni e mezzo, orienta subito verso la sindrome del vomito ciclico (SVC), che fa parte del gruppo dei "disturbi gastrointestinali funzionali", i cui criteri diagnostici sono stati messi a punto nel 1999 da un consensus di gastroenterologi pediatri e nel 2006 sono stati rivisti e aggiornati sulla base degli studi più recenti e, ove possibile, delle evidenze. Secondo tale classificazione, nota come "Roma III", per la diagnosi di SVC è necessario che siano soddisfatti questi due criteri [2]:

1. due o più episodi di intensa nausea e vomito incoercibile della durata di ore o giorni;
2. ritorno al normale stato di salute per settimane o mesi.

A questo punto la diagnosi può essere formulata in positivo e non per esclusione, valorizzando l'anamnesi familiare, l'andamento sintomatologico, l'osservazione diretta dei sintomi e gli intervalli di completo benessere. Tuttavia all'esordio il nostro atteggiamento deve essere molto cauto e dobbiamo essere sicuri di poter ragionevolmente escludere importanti patologie organiche che possono avere un'analogia presentazione in parte del loro decorso.

Il vomito ciclico

Esaminiamo adesso le caratteristiche cliniche della sindrome del vomito ciclico.

Essa consiste di episodi ricorrenti, stereotipati, di intensa nausea e vomito che durano da ore a giorni, separati da intervalli liberi da sintomi che durano da settimane a mesi. La frequenza degli episodi può variare da 1 a 70 per anno, con una media di 12 per anno. Gli attacchi possono avvenire a intervalli regolari o sporadicamente; solitamente iniziano sempre alla stessa ora, più comunemente durante la notte o al mattino, e tendono a essere sempre uguali nello stesso paziente. La SVC raggiunge la massima intensità durante le prime ore, poi il vomito tende a diminuire, benché la nausea continui fino alla fine dell'episodio, che di solito cessa rapidamente così come è iniziato, e rapido è anche il ritorno allo stato di benessere se il paziente non ha avuto deficit di liquidi o di elettroliti.

I segni e i sintomi che accompagnano la SVC includono pallore, prostrazione, scialorrea, dolore addominale, intolleranza ai rumori, alla luce e/o agli odori, cefalea, diarrea, febbre, tachicardia, ipertensione, cute mazzata [3]. In molti casi si possono identificare circostanze o eventi scatenanti, come stress emotivi, infezioni, asma, digiuno o stanchezza. L'associazione con la chetosi è frequente ma non obbligatoria. La SVC può iniziare a qualsiasi età, ma l'età media di comparsa dei sintomi è intorno ai 3-5 anni con persistenza fino all'adolescenza, anche se sono noti casi che durano fino all'età adulta. Due terzi dei bambini, in grado di riferire i propri sintomi, soffrono di intestino irritabile, l'11% ha emicrania, il 40% chinetosi. Circa la metà ha familiarità per intestino irritabile e, come il nostro F., per emicrania.

La prevalenza della SVC nella maggior parte delle casistiche è di circa il 2% in età scolare.

Conclusione

Nel caso di F. tutti gli elementi anamnestici e sintomatologici erano a favore della diagnosi di SVC: gli attacchi di nausea e vomito improvvisi e stereotipati, la rapida cessazione degli stessi, gli intervalli liberi di completo benessere; nei casi dubbi gli esami saranno guidati dai segni e sintomi, come discusso prima. Alla chetosi di solito viene attribuito un significato secondario allo stesso vomito e al digiuno che ne consegue;

sappiamo però che mutazioni del DNA mitocondriale, alterando l'ossidazione degli acidi grassi e quindi la chetogenesi, possono esprimersi con crisi di vomito e di emicrania.

Commento

La diagnosi non era difficile: bastava mettere insieme gli elementi già in nostro possesso. Anche se questo è sembrato un puro esercizio, va detto che la SVC continua a essere sottostimata nell'ambito delle cure primarie; lo dimostra la ricerca sui disturbi gastrointestinali funzionali dell'ACP Campania e un'analogia condotta dal nostro gruppo, in corso di pubblicazione, dove la prevalenza è risultata nettamente inferiore a ciò che si attendeva [4].

Primo compito del medico sarà la comunicazione della diagnosi e la rassicurazione della famiglia sulla benignità del disturbo, cercando di capire il suo impatto sull'emotività e sul funzionamento familiare; ciò richiede la presa in carico e la disponibilità al supporto del bambino e dei familiari, spesso messi a dura prova da frequenti ricoveri [5].

Attraverso l'anamnesi si cercherà di identificare i fattori scatenanti (fatica, digiuno, stress), cercando ove possibile di evitarli.

Terapia

Il trattamento mira soprattutto al controllo degli episodi acuti di nausea e vomito e al mantenimento delle perdite di liquidi ed elettroliti. In alcuni bambini con una fase prodromica riconoscibile, l'ondansetron (0,3-0,4 mg/kg) e/o il lorazepam (0,05 mg/kg ogni 4-8 h), somministrati a domicilio per via orale, possono essere utili prima della comparsa della nausea. Spesso però la crisi non può essere prevenuta, i farmaci tradizionali (metoclopramide e domperidone) sono poco efficaci e gravati (vedi pag. 210) da conosciuti effetti secondari [9]. Possono rendersi necessarie l'ospedalizzazione e la reidratazione per via endovenosa. Nella crisi in atto il farmaco più efficace sembra essere l'ondansetron (Zofran), antagonista dei recettori della serotonina, in bolo di 0,4 mg/kg e poi in flebo lenta. Il suo uso però è limitato dalla Nota Ministeriale 57, unicamente "alla prevenzione e trattamento di nausea e

vomito secondari a chemio e radioterapia”.

Insieme ai liquidi ed elettroliti sarà utile associare bloccanti H-2 o inibitori di pompa protonica, e se c'è stato dolore retrosternale e/o ematemesi tali farmaci saranno continuati a domicilio per 8-12 settimane.

Quando si ritenga necessario ridurre la frequenza e la severità degli attacchi, la SVC risponde agli stessi farmaci impiegati per la profilassi a lungo termine dell'emigrania (beta-bloccanti, ciproptadina, amitriptilina) [6].

Per quanto riguarda la prognosi a distanza, è necessaria un'attiva e franca comunicazione con i familiari: circa il 50% dei bambini-adolescenti con SVC va incontro a emigrania in età adulta [7]. È stato suggerito che la SVC, l'emigrania addominale e l'emigrania comune costituiscono un continuum di un singolo disordine con numerosi punti in comune (familiarità, alterazioni EEGrafiche simili, comparsa in situazioni di stress), con i malati affetti che spesso passano da una entità clinica all'altra. Mutazioni di alcune specifiche sequenze del DNA mitocondriale sono state trovate associate sia alla SVC che all'emigrania [8].

Cosa abbiamo imparato

► La SVC è un disturbo funzionale abbastanza frequente (2%) in età scolare, ma la diagnosi è spesso negletta e/o ci si limita a descrivere un effetto secondario (la chetosi).

► È importante arrivare in breve tempo a una diagnosi in positivo, limitando gli esami, il più possibile mirati, ai casi dubbi.

► È importante saper valutare le *bandierine rosse* (gravi cefalee, dolore addominale al quadrante superiore o inferiore destro). Nei casi gravi, a esordio precoce

o con altri sintomi associati, si può pensare a una malattia metabolica. Se i sintomi persistono tra un episodio e l'altro, è opportuno considerare un altro disturbo.

► Se si interviene nella fase prodromica, l'episodio può abortire con l'uso di farmaci per os con le prudenze di cui si è detto sopra.

► È fondamentale, per l'alleanza terapeutica, la presa in carico del bambino e dei suoi familiari.

► Anche se benigno, la SVC non è un disordine banale, e reca alla famiglia un notevole carico assistenziale ed emotivo; lo testimonia la presenza, in Italia e nel mondo, di Associazioni di famiglie SVC (www.SICVO.it). ♦

Bibliografia

- [1] Boles RG, Williams JC. Mitochondrial disease and cyclic vomiting syndrome. *Dig Dis Sci*, 1999; 44(8 Suppl):103S-7S.
- [2] Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D. Childhood functional gastrointestinal disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterology* 2006;130:1519-26.
- [3] Fleisher DR, Matar M. The cyclic vomiting syndrome: a report of 71 cases and a literature review. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1993;17:361-9.
- [4] Miele E, Simeone D, Marino A. Functional gastrointestinal disorders in children: an Italian prospective survey. *Pediatrics* 2004;114:1:73-8.
- [5] Bullard J, Page NE. Cyclic vomiting syndrome: a disease in disguise. *Pediatr Nurs* 2005;31:27-9.
- [6] Andersen J, Lockhart J, Sugerman K. Effective prophylactic therapy for cyclic vomiting syndrome in children using amitriptyline or cyproheptadine. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1996;23:359.
- [7] Dignan F, Symon DN, Abu Arafah I. The prognosis of cyclical vomiting syndrome. *Arch Dis Child* 2001;84:5:57.
- [8] Wang Q, Ito M, Adams K. Mitochondrial DNA control region sequence variation in migraine headache and cyclic vomiting syndrome. *Am J Med Genet* 2004;131:50-8.
- [9] È in corso presso l'AIFA una valutazione del profilo di rischio/beneficio dei farmaci antiemico in età evolutiva, a parte l'ondansetron che ha indicazioni specifiche (NdR).

*Caso presentato al Convegno "Argonauti 2007" a Messina.

"Sicko" di M. Moore arriva sul *New England Journal of Medicine*

Il nuovo film-documentario di Michael Moore pare non abbia avuto in USA, finora, grande successo. La stampa medica però se ne è occupata. Ha cominciato il *New England Journal of Medicine* (NEJM) del 23 agosto (pag. 733) che racconta alcuni degli episodi del film: il caso di Mychelle, non curata e deceduta in un ospedale perché assicurata con una compagnia che gestiva un altro ospedale. Una donna gravemente ferita in un incidente e non curata per non avere avuto l'autorizzazione prima dell'incidente. Un non assicurato che aveva dovuto decidere quale delle due dita della mano farsi riattaccare, dato che non poteva permettersi la spesa di tutte e due.

Il NEJM si chiede perché mai un paese così ricco, un governo "di, da e per" il popolo, possa lasciare i suoi cittadini nel dolore e nella sconfitta.

Moore non dà risposte – dice il NEJM – ma forse non le doveva dare; e comunque una delle risposte sta nel fatto che tutti i casi narrati, tranne due, riguardano americani che una assicurazione l'avevano, ma non si era accollata i suoi doveri.

Nel suo sito, poi, Moore suggerisce un'assistenza universalistica di tipo canadese/europeo del tutto improbabile in USA e assente dai programmi di B. Osama e J. Edwards cui guardano *liberal* e *progressive* americani, dopo il fallimento del piano Clinton degli anni '90. Le risposte delle compagnie a Moore? I dati si riferiscono agli anni '80; oggi le cose vanno molto meglio. Ma il NEJM lo nega: il caso Mychelle è del 1993 e aggiunge che è innegabile che la metà degli americani sotto i 65 anni sia impreparata ad affrontare i problemi della salute e che 1 milione di bancarotte individuali per anno sia dovuto alla impossibilità di far fronte ai costi di cura anche garantiti dalle assicurazioni. Il film di Moore ha dunque sollevato una discussione nelle riviste di medicina; non sappiamo quanto durerà, ma intanto il NEJM suggerisce agli americani di chiedere ai loro leaders di "fare qualcosa finalmente". Che non è poco per un giornale non precisamente riformista.

Pneumococco: a che punto siamo?

Luisella Grandori

Responsabile prevenzione vaccinale ACP

Parole chiave Vaccino antipneumococcico. Vaccinazione antipneumococcica. Sorveglianza. Infezioni

I risultati della vaccinazione

A distanza di alcuni anni dall'introduzione estesa del vaccino antipneumococcico coniugato 7-valente (PCV7), si stanno evidenziando risultati contrastanti. Da un lato, il calo eclatante dell'incidenza della malattia anche in età successive all'infanzia fa presumere una potente herd immunity (immunità di gregge) del vaccino [1]; dall'altro, la segnalazione crescente di forme sostenute da sierotipi non contenuti nel vaccino, anche multiresistenti agli antibiotici, solleva interrogativi poco rassicuranti ai quali la comunità scientifica non è in grado di dare risposta, se non sottolineando l'assoluta necessità di una stretta sorveglianza epidemiologica e auspicando la disponibilità di vaccini sierotipo-indipendenti [2-3].

In Europa

Dopo la sua introduzione negli USA nel 2000, il PCV7 è stato inserito in modo esteso anche in alcuni Paesi europei, per lo più a partire dal 2006: Norvegia, Francia, Germania, Grecia, Olanda, Polonia, Regno Unito, Cipro, Lussemburgo e alcune Regioni italiane.

L'incidenza apparentemente bassa (27 casi su 100.000 in Europa vs 160-180 su 100.000 negli USA, nei bambini di meno di 2 anni) e la difficile valutazione del significato del rimpiazzo dei sierotipi hanno reso difficoltosa la valutazione sull'opportunità d'uso del vaccino, autorizzato nel nostro continente nel 2001 [4]. La sorveglianza epidemiologica risulta inadeguata in molti Paesi, perciò il peso complessivo della malattia in Europa non è ben conosciuto [5]. I dati disponibili mostrano tassi molto variabili (da 0,4 a 20 su 100.000 nella popolazione generale), che possono essere spiegati in parte dalla disomogeneità – o assenza – dei sistemi di sorveglianza e delle definizioni di caso, dalla diversa abitudine all'emocoltura o alla somministrazione di antibiotici prima del ricovero.

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

Diversi documenti del CDC europeo ribadiscono l'importanza della sorveglianza come strumento per valutare l'introduzione della vaccinazione e il monitoraggio dei risultati.

In Italia

Dalla ricognizione effettuata dall'ISS nel maggio 2006, risulta che: a) tutte le Regioni italiane offrono gratuitamente il vaccino ai bambini a rischio aumentato per condizioni di salute; b) nove lo offrono in modo attivo e gratuito a tutti i nuovi nati; c) tre anche ai bambini di meno di 3 anni che frequentano le comunità [6].

La revisione del PNV, richiesta dalle Regioni nel 2006, si ripromette di indicare criteri omogenei per l'introduzione del vaccino. Nel frattempo la situazione è in continua evoluzione, ma poche delle Regioni che hanno introdotto la vaccinazione hanno attivato la sorveglianza epidemiologica e di laboratorio (tipizzazione), che (anche il rapporto della Evidence Based Prevention della Toscana) indica come indispensabile per l'introduzione del vaccino. Attualmente non disponiamo di dati adeguati a livello nazionale ma è stata annunciata l'attivazione della sorveglianza dei casi e della tipizzazione a cura dell'ISS e del Meyer di Firenze. Mettere a regime un sistema tanto complesso richiede tempo, di solito qualche anno. Perciò per i risultati dovremo ancora attendere.

Il futuro

La futura disponibilità di vaccini 10, 11 e 13-valenti, annunciata dall'industria, rappresenta un'opportunità interessante, ma si tratta sempre di vaccini "parziali", quindi verosimilmente di utilità limitata nel tempo per la possibile induzione del fenomeno del rimpiazzo (vedi a pag. 240). L'aumento di forme invasive sostenute da sierotipi non contenuti nel vaccino, anche antibiotico-resistenti, segnalate in diversi Paesi (Intermountain West, Texas, Massachusetts, Spagna, Alaska), dopo l'introduzione del 7-valente, è un segnale inequivocabile. Recentemente la Banca Mondiale e il GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunization, partnership pubblico-privato) hanno progettato l'introduzione del PCV7 e dei futuri vaccini, in Africa, e l'OMS ha modificato la sua precedente

posizione valutando positivamente l'estensione in tutto il mondo dei vaccini coniugati contro lo pneumococco [7-8]. Le perplessità riguardo a una simile operazione – apprezzabile negli intenti – riguardano soprattutto il rimpiazzo dei sierotipi, che sui grandi numeri rischia di rendersi evidente in tempi brevi con conseguenze assai poco prevedibili, specie in Paesi privi di controllo e di assistenza sanitaria. La disponibilità del vaccino sierotipo-indipendente è prevista per il 2015-2019. Cosa accadrà nel frattempo? ♦

Bibliografia

- [1] Whithney CG, Farley M, et al. Decline in invasive pneumococcal disease after the introduction of protein-polysaccharide conjugate vaccine. *N Eng J Med* 2003;348:1737-46.
- [2] Messina AF, Katz-Gaynor K, Barton T, et al. Impact of the pneumococcal conjugate vaccine on serotype distribution and antimicrobial resistance of invasive *Streptococcus pneumoniae* isolates in Dallas, TX, children from 1999 through 2005. *Pediatr Infect Dis J* 2007;26:461-7.
- [3] Pelton SI, Huot H, Finkelstein JA, et al. Emergence of 19 A as virulent and multidrug resistant pneumococcus in Massachusetts following universal immunisation of infant with pneumococcal conjugate vaccine. *Pediatr Infect Dis J* 2007;26:468-72.
- [4] Jefferson T, Ferraroni E, Curtale F, et al. *Streptococcus pneumoniae* in western Europe: serotype distribution and incidence in children less than 2 years old. *Lancet Infect Dis* 2006;6:405-10.
- [5] Pebody RG, Hellenbrand W, D'Ancona F, et al. Pneumococcal disease surveillance in Europe. *Euro Surveill* 2006;11(9):171-8.
- [6] D'Ancona F, Alfonsi V, Caporali M, et al. Pneumococcal conjugate, meningococcal C and varicella vaccination in Italy. *Euro Surveill* 2007;12(2).
- [7] World Bank and GAVI. Framework document pilot AMC (Advance market commitments for vaccines) for pneumococcal vaccines. Novembre 2006.
- [8] WHO. Pneumococcal conjugate vaccine for childhood immunization. WHO position paper. *Wkly Epidemiol Rec* 2007;82:93-104.

Desmopressina nel trattamento dell'enuresi: evitare gli spray

Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra
 Centro di Informazione sul Farmaco e la Salute, IRFMN, Milano

Parole chiave Desmopressina. Paracetamolo. Intossicazioni. Enuresi

Desmopressina spray nasale: eliminata l'indicazione per l'enuresi

Il 31 gennaio 2007 la Ferring ha comunicato ai medici, con una nota informativa, l'eliminazione dell'indicazione "Enuresi notturna primaria" dal riassunto delle Caratteristiche del prodotto del Minirin® (desmopressina) nella formulazione spray nasale.

Il rapporto rischio/beneficio della forma spray nasale è risultato, infatti, meno favorevole rispetto alle forme orali.

Già nell'aprile 2006 l'Agenzia Francese dei Farmaci (*Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé*, AFS-SAPS) aveva assunto la stessa decisione, in seguito alla segnalazione di casi di intossicazione idrica associati all'impiego di desmopressina, somministrata nel 90% dei casi per via endonasale. Questi casi erano dovuti prevalentemente a sovradosaggio del farmaco o alla mancata restrizione idrica.

La terapia farmacologica con desmopressina dovrebbe essere intrapresa solo quando le misure igieniche e le terapie comportamentali non sono risultate efficaci nel controllare l'enuresi notturna.

Il trattamento per os deve essere effettuato a partire dalla dose efficace più bassa (0,2 mg al giorno) per un periodo di adattamento della stessa. In funzione della risposta individuale al trattamento e rispettando l'intervallo di almeno una settimana per ogni ciclo di adattamento posologico, si potrà successivamente aumentare la dose a 0,4 mg al giorno.

La sua prescrizione deve essere sempre accompagnata da misure comportamentali-dietetiche da ricordare al paziente:

- ▶ limitare l'assunzione di liquidi da almeno 1 ora prima fino a 8 ore dopo la somministrazione di desmopressina;
- ▶ non bere durante la notte.

<http://www.agenziafarmaco.it/>
<http://agmed.sante.gouv.fr/>

Intossicazioni da paracetamolo nei bambini sotto i 5 anni di età

Il sovradosaggio di paracetamolo è un evento frequentemente segnalato in letteratura: esso riguarda in particolare i bambini, con rischio di epatotossicità ad esiti anche fatali. I casi di sovradosaggio possono dipendere da assunzioni accidentali per incapacità di intendere o da errori terapeutici (anche perché spesso si danno ai bambini formulazioni per gli adulti).

Osservazioni analoghe a quanto segnalato in letteratura sono state riportate dal Centro Antiveleini (CAV) di Milano, che già nel 2005 aveva sottolineato il fenomeno del sovradosaggio di paracetamolo nei bambini a causa dell'assunzione di una errata posologia di Tachipirina®.

Un nuovo allarme è giunto all'inizio del 2007 dallo stesso Centro Antiveleini di Milano, che in soli tre giorni ha ricevuto diciassette chiamate di consulenza per esposizione a sovradosaggio di paracetamolo (in tredici casi per errore terapeutico) in bambini di età inferiore ai 5 anni.

Dall'esame delle richieste giunte al CAV di Milano nei mesi di gennaio e febbraio 2007 è emerso che il 63% dei casi di esposizione a paracetamolo riguardava bambini con età inferiore ai 6 anni. L'esposizione era dovuta a ingestione accidentale in 66 casi e a errore terapeutico in 62 casi. Nel 90% degli esposti per errore terapeutico e nel 68% delle ingestioni accidentali è stato riportato un sovradosaggio di paracetamolo. Quasi tutti i soggetti esposti a sovradosaggio di paracetamolo per errore terapeutico erano bambini con età inferiore ai 6 anni.

Un confronto preliminare dei dati dei primi due mesi del 2007 con la casistica riguardante i farmaci raccolta dal CAV di Milano nel 2004 evidenzia la rilevanza che l'errore terapeutico sembra assumere per l'uso del paracetamolo in età pediatrica: il 63% delle esposizioni a paracetamolo riguarda bambini con età inferiore ai 6 anni (contro il 26% delle esposizioni a tutti i farmaci) e per il 48% dei casi si ha un sovradosaggio

associato ad errore terapeutico (contro il 12% dei casi per gli altri farmaci).

Anche se non è previsto l'obbligo di prescrizione per molte specialità contenenti paracetamolo, gli operatori sanitari dovrebbero contribuire a una riduzione dell'errore educando e consigliando il genitore su quando è necessario trattare la febbre, sulla necessità di tenere i farmaci fuori dalla portata dei bambini, di non superare mai le dosi consigliate e di non associare mai altri medicinali, anche se di automedicazione, senza avere consultato il medico.

Anonimo. Sovradosaggio di paracetamolo nei bambini. Reazioni (Bollettino di Farmacovigilanza dell'AIFA) - n. 2 - aprile 2007.

Davanzo F, et al. Esposizioni a paracetamolo esaminate dal Centro Antiveleini di Milano nei mesi di gennaio e febbraio 2007. Bollettino Epidemiologico Nazionale. Insetto del Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, 2007,5 (maggio).

Anche l'Assemblea Mondiale della Salute chiede "Better Medicines for Children"

La 60ª Assemblea Mondiale della Salute del 23 maggio 2007 ha adottato la risoluzione "Better Medicines for Children", con cui sollecita gli Stati membri ad adottare provvedimenti per rendere disponibili formulazioni e dosaggi adatti ai bambini; a incoraggiare la ricerca di medicinali per le malattie dell'infanzia e a promuovere l'accesso ai farmaci essenziali per i bambini. La stessa risoluzione chiede al Segretario Generale di promuovere lo sviluppo, l'armonizzazione e l'impiego di standard per la sperimentazione clinica pediatrica e di aggiornare la lista dei farmaci essenziali; di promuovere lo sviluppo di norme internazionali per garantire la qualità e la sicurezza delle formulazioni ad uso pediatrico; di rendere disponibili linee-guida basate sulle evidenze e informazioni indipendenti sul dosaggio e la sicurezza di impiego dei medicinali ad uso pediatrico; collaborare con i governi, le istituzioni internazionali, le organizzazioni non governative e l'industria farmaceutica per garantire l'accesso alle terapie.

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/wha02/en/index.html> ♦

Per corrispondenza:
 Centro di Informazione sul Farmaco e la Salute
 e-mail: cif@marionegri.it

farmacipi

Le difficoltà della crescita: *L'estate di mio fratello* di Pietro Reggiani

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi

Il successo di un film dipende, in buona parte, dalla distribuzione. Se manca, l'opera perde la sua principale caratteristica: la visibilità. Allora, è come se tutta una troupe avesse lavorato invano, come se il regista avesse solo immaginato di raccontare una storia. A meno che... A meno che a qualcuno non venga in mente una brillante idea. Per esempio, un'idea come quella avuta dalla "Self Cinema" con il progetto "Adotta un film". Spieghiamo in che cosa consiste. Per supplire alle deficienze della distribuzione nazionale, questo originale canale contatta amici e cultori di cinema e li invita a preacquistare, anche on-line, un biglietto al costo di 6 euro. In questo modo, viene assicurato agli esercenti il minimo garantito, il film può uscire contemporaneamente nelle sale di molte città italiane e restare in programmazione per un'intera settimana. Poi, se merita, se piace agli spettatori, se convince i critici, potrà contare sul passaparola e andare avanti con i suoi mezzi. È così che *Tu devi essere il lupo* di Vittorio Moroni è stato visto da oltre venticinquemila spettatori ed è così che *L'estate di mio fratello*, opera prima del veronese Pietro Reggiani, dopo una gestazione di sette anni, ha finalmente trovato uno spazio tutto suo. Ma questo è solo l'ultimo atto di un travagliato percorso. Una storia nella storia che vale la pena accennare perché, se non altro, ha in comune con la trama del film *la difficoltà del crescere*. Reggiani, classe 1966, dopo aver diretto diversi cortometraggi e spot pubblicitari, scrive la sceneggiatura di questo film nel 1998. Non trova, però, il produttore disposto a investire ed egli non ha soldi per realizzarlo. Fonda, allora, la *Nuvola Film*, una casa di produzione tutta sua, e convince sua madre a dargli una bella somma per portare il progetto a *Infinity* nella sezione *Work in Progress*. Altre vicissitudini: per quanti rimaneggiamenti compia non riesce a trovare un finale che lo soddisfi e solo dopo cinque

anni accetta i suggerimenti dei due ragazzi protagonisti che nel frattempo sono diventati adolescenti, partecipa al festival *Tribeca* di Robert De Niro, trionfa al *Bergamo Film Meeting*, arriva finalmente nelle sale grazie agli spettatori. Insomma, una lunga e travagliata stagione che rispecchia, in qualche modo, l'estate del protagonista, Sergio, un bambino di nove anni asociale e introverso che, agli inizi degli anni Settanta, trascorre le vacanze nella campagna veronese. Figlio unico di una coppia avviata verso la crisi coniugale, Sergio non ama la compagnia dei suoi coetanei e per questo s'è costruito un mondo immaginario che gli permette di passare gran parte del suo tempo a fantasticare giochi e amicizie. In questo suo mondo esclusivo, Sergio diventa, di volta in volta, chirurgo, centurione, cowboy, astronauta; tutto, tranne quello che realmente è: un ragazzino pieno di problemi che non intende crescere con gli altri. La sua estate si complica improvvisamente quando i genitori gli comunicano che sta per arrivare un fratellino. L'intruso, ancor prima di nascere, irrompe nella sua quotidianità come un alieno ed egli inizia a immaginare le conseguenze negative, come la deviazione dell'attenzione dei genitori, la fine della sua solitudine, l'invadenza di un estraneo nella sua sfera privata. I sogni ad occhi aperti si trasformano in incubi e gli incubi in tentazioni fratricide. Sergio, a conferma del sadismo che ristagna in noi, decide di eliminare l'impiccione ancor prima di trovarselo realmente tra i piedi e lo *arrostisce* nel barbecue. Il delitto immaginario, tuttavia, non porrà fine ai sogni angosciosi del bambino, perché la madre subisce un inatteso aborto e Sergio, sentendo su di sé tutta la responsabilità di quella disgrazia, vuole espiare la colpa a qualsiasi costo, persino offrendo il suo sangue. L'estate finisce. Passano cinque anni e Sergio è ormai adolescente. È adolescente anche Davide Veronese, il piccolo interprete. Lo vediamo, proiettato fuori dalla vicenda filmica, mentre sale su un autobus, che è quanto di più normale si possa immaginare in opposizione alla navicella spaziale dei suoi sogni infanti-

li. Non è più solo; da quell'estate, s'è portato sempre dietro il costante ricordo del fratello mai avuto che, tuttavia, ha ugualmente e profondamente segnato gli anni della sua crescita.

Tra le conclusioni scartate dal regista c'era anche quella di fare raccontare la storia allo stesso Sergio, già adulto. A fargli cambiare idea è stata la constatazione che le immagini dell'infanzia *erano già da sole molto belle e forti*; da qui l'interesse per un racconto visto con gli occhi di un bambino. È così che viene fuori un film che è anche un'analisi attenta dell'infanzia, dove realtà e fantasia si fondono insieme.

La leggerezza, l'umorismo e il surrealismo scelti da Reggiani per tratteggiare le inquietudini, i sogni, le emozioni, le speranze e le paure di un bambino fanno de *L'estate di mio fratello* un film semplice ma non banale, delicato ma non privo di consistenza. La crescita, proprio perché è un passaggio doloroso e pieno di insidie, non si compie mai da soli. Rifiutando gli altri – genitori, fratelli, amici –, si rischia di *vivere sulla luna* e di rimanere invischianti in cattivi pensieri e devastanti sensi di colpa. La semplicità della storia è pertanto solo apparente. In realtà, Reggiani ha messo sulla *graticola* dello schermo una *black comedy* che – per dirla con Sam Adams del *Philadelphia City Paper* – “comincia come un giocoso viaggio all'interno dell'immaginazione di un figlio unico e si evolve in una esplorazione sorprendentemente appassionante del senso di colpa cattolico, quando i desideri del bambino nei confronti del fratellino che sta per nascere si realizzano tragicamente”. Con il risultato che, alla fine, anche gli spettatori imparano qualcosa di più sul mondo dei bambini. ♦

L'estate di mio fratello

Regia: Pietro Reggiani

Con: Davide Veronese, Tommaso Ferro, Maria Paiato, Pietro Bontempo, Beatrice Panizzolo, Davide Caramella

Italia, 2006

Durata: 80'

Per corrispondenza:

Italo Spada

e-mail: italospada@alice.it

Libri: occasioni per una

Comunicazione: non c'è competenza senza formazione



Silvana Quadrino
Il pediatra e la famiglia

Il Pensiero
Scientifico, 2006
pp. 38, euro 18

È con piacere che provo a recensire l'ultima fatica di Silvana Quadrino, mia maestra nel percorso di formazione al counselling. Scelgo di rinunciare a una presentazione classica del libro e mi concentro sul perché un pediatra, in qualsiasi ambito lavori, dovrebbe leggerlo e trarne degli spunti di riflessione per la propria attività quotidiana. Dice l'Autrice: "Strumento principale del counselling sistemico è la consapevolezza della non semplicità degli atti comunicativi...". Mi sembra che questo sia il nodo non ancora effettivamente affrontato dal mondo pediatrico. Tutti ci riteniamo degli ottimi comunicatori spontanei e neghiamo il bisogno di una formazione specifica.

La lettura di questo libro ha lo scopo di mostrare questa complessità ai semplificatori ad oltranza. Altro nodo che si riscontra tra i pediatri è la confusione tra informare e comunicare.

L'Autrice chiarifica ed esemplifica: non esiste comunicazione senza relazione e questa è la miglior risposta ai maldestri tentativi di formazione in ottica-marketing. Il pediatra poi non può considerarsi fuori dal sistema sanitario e trae aiuto nell'interagire con tutti gli operatori che affiancano la famiglia nel percorso della genitorialità. Non può neanche trascurare che la famiglia è composta di soggetti, a loro volta appartenenti a sistemi allargati, non sempre riconoscibili all'inizio della reciproca conoscenza.

L'Autrice guida il lettore al cambiamento senza forzare la mano, ma aiutandolo a riconsiderare il suo particolare punto di vista. Si possono aumentare i messaggi in entrata e diminuire quelli in uscita senza farsi travolgere dal paziente? Sicuramente sì, a patto di acquisire una formazione a una comunicazione consapevole. La pediatria possiede la peculiarità

della comunicazione indiretta: i genitori parlano al posto del bambino e interpretano, a loro volta, le sue richieste. L'ultimo capitolo, intitolato "La parola ai bambini (e agli adolescenti)", si rivela quanto mai prezioso per chi vuole acquisire qualche competenza in merito. Concludo con la segnalazione del ringraziamento dell'Autrice alla nostra Associazione per la diffusione della cultura in pediatria e della cultura del counselling, in particolare.

Michele Gangemi

Dalla relazione madre-bambino alla relazione genitoriale e sociale



Elisabetta Musi
Concepire la nascita

Franco Angeli, 2007
pp. 256, euro 19

Come indicato nel sottotitolo – *L'esperienza generativa in prospettiva pedagogica* – questo libro presenta un'originale lettura della nascita intesa come "origine e causa di un discorso pedagogico sull'esistenza". Uscendo dalla ristretta e limitata prospettiva del semplice partorire, il discorso viene presentato in un'ottica più ampia, divenendo esperienza di creatività affettiva sia per il singolo che per la coppia. Il mettere al mondo risulta così produrre una fondamentale ristrutturazione della relazione con se stessi, con gli altri, con il mondo. L'Autrice sottopone le proprie conoscenze professionali e di studio nel campo della pedagogia sociale al filtro illuminante dell'esperienza di maternità (di Nicolò e Sofia), oltre che della propria vita di coppia. Ne nasce un testo profondo e stimolante, dove il discorso pedagogico è arricchito dalle conoscenze degli altri ambiti di ricerca, primi fra tutti quello psicologico e psicoanalitico, ma anche quello sociologico e antropologico, fino a coinvolgere filosofia e teologia. La visione oggettiva tipica del campo medico-biologico viene ampliata fino a includere sia l'ambito soggettivo che quello intersoggettivo e relazionale.

L'Autrice dichiara esplicitamente di volere uscire dalla visione *autarchica* della relazione madre-bambino, per spostare l'attenzione alla relazione genitoriale e sociale nel suo complesso, per passare dalle cure biologiche alle cure educative. Lo scopo finale della generatività è la consegna che i genitori fanno al mondo della loro creatura, quando arrivano a fornire al figlio gli strumenti essenziali per abitare il mondo con fiducia. Se il punto di arrivo è la separazione dal figlio e se generare è esperienza esistenziale, la riflessione finale non può che essere quella sulla morte (che 'condivide con la nascita il mistero e l'ignoto') con la quale coraggiosamente si chiude questo saggio.

Le virtù educative che la nascita sollecita e sviluppa sono analizzate nel capitolo nove, e sono indicate nella pazienza e nella disponibilità, nella scoperta e nella trasformazione, concreta e psicologica, nella capacità di sacrificio, nella gioia, nell'accettazione dell'imprevedibile e dell'imponderabile. Far nascere permette un percorso di autoeducazione verso l'accoglienza (*il mantenersi concavi*), il senso della vita, la responsabilità (*dalla vita ricevuta alla vita trasmessa*), la comprensione interiore, l'ascolto di sé e dell'altro, la speranza (la fiducia nel mondo e nell'avvenire). Il capitolo più stimolante per gli operatori sanitari è probabilmente il quinto, dove viene analizzato il rapporto tra medicina e pedagogia. La concezione pedagogica della nascita proposta in questa parte del libro favorisce una visione critica del proprio operato, incrementando la consapevolezza dei limiti compresi in una normale visione dell'evento nascita; da questa lettura è possibile acquisire una nuova e più feconda prospettiva interpretativa sia della relazione genitori-figlio sia del rapporto di coppia stravolto dall'esperienza generatrice.

La domanda che viene naturale dopo questa scomoda lettura è: come operare, quanto o in che misura mi lascio educare dalla mia quotidiana esperienza dell'aiutare a far nascere?

Anche nella vita professionale però non è mai troppo tardi per iniziare un processo di cambiamento e di rinnovamento; e questo saggio può fornire gli strumenti e le motivazioni per scegliere l'avventura di incamminarsi su una strada nuova. Al termine di questa stimolante lettura la nascita ci apparirà, con maggiore chiarezza, un *evento rivoluzionario, un'impresa senza precedenti, un ordinario*

buona lettura

straordinario, dove anche il neonato risulta nascere *sprovvisto di parola per mantenere il segreto riguardo al mondo oscuro e misterioso dal quale proviene.*

Alessandro Volta

Il nesso fra condizione sociale e rischio per la salute



**Giuseppe Cirillo
Maurizio Bonati
Rita Campi
Enrico Campora
Paolo Siani**

Disuguaglianze nella salute nell'infanzia e nell'adolescenza in Campania

Phoebus edizioni, 2007
pp. 94, euro 18

(a favore di un fondo per lo sviluppo del progetto adozione sociale)

Dal punto di vista editoriale Napoli è di nuovo in una fase molto fertile: sono pubblicati vari testi che propongono letture delle vicende socio-politiche accanto ad altri testi che preferiscono l'inchiesta sociale. Fra questi è prezioso il testo "Disuguaglianze nella salute nell'infanzia e nell'adolescenza in Campania". Si tratta di cinque brevi saggi che, riferendosi a indagini internazionali e analisi comparative fra le regioni italiane, documentano con evidenza empirica i nessi fra condizioni sociali e rischi per la salute delle persone. Il libro si colloca in una comunità di pratiche che, almeno dagli anni Settanta, ha prodotto inchieste tese a svelare le condizioni di salute come un prodotto delle disuguaglianze sociali. Come i buoni testi di epidemiologia, suggerisce un approccio critico e propositivo: la semplificazione fa male, le condizioni di vita sono sempre il prodotto di un coacervo di fattori incidenti. Si propone di superare una visione aziendalistica del trattamento della salute, evitando di considerare le persone, storicamente connotate, come pazienti tutti uguali. D'altra parte una corretta lettura di alcuni dati dice una antica verità: il benessere, come il malessere, sono socialmente coprodotti, dipendono molto da fattori sociali e ambientali. Per fasce significative di popolazione continua a esistere una sorta di destino sociale: i bambini più spesso ricoverati negli ospedali sono i figli di mamme povere, sole o di famiglie

numerose, poco istruite, ed esse stesse poco curate. Quindi, anche l'approccio teso al controllo della spesa, se assunto con serietà, non può non investire sulla prevenzione, con interventi mirati a gruppi sociali ben identificabili.

I discorsi possibili sulla sanità in Campania sono molti ma, comunque, la constatazione sull'iniquità delle disparità di condizioni fra regioni, e fra le province, con quelle ricche, che drenano più risorse di quelle del Sud, ha ancora un grande fondamento scientifico. Il testo suggerisce anche la problematicità del peso della popolazione anziana che, sempre in crescita, soprattutto nelle regioni ricche, sottrae risorse per i bambini e gli adolescenti a forte rischio sociale.

Alcuni degli Autori, già dal 1995, con l'Associazione Culturale Pediatri, svolgono attività di sensibilizzazione e promozione di politiche. In particolare hanno elaborato e propongono un modello di intervento di tipo preventivo, l'adozione sociale dei bambini a rischio, che, già avviato con il Comune in alcuni quartieri di Napoli, trova oggi in un programma regionale triennale una opportunità di sperimentazione diffusa in Campania. Bisogna augurarsi che contenuti tanto qualificati trovino lo spazio giusto per pratiche sociali di cui vi è grande necessità, anche per confrontarsi sul paradigma proposto.

Giovanni Laino

(*la Repubblica* 22 giugno 2006)

La Formazione Continua in Medicina



**Alfredo Pisacane
Isabella Continisio**
Come fare Educazione Continua in Medicina. Dalla individuazione dei bisogni alla valutazione degli eventi formativi

Il Pensiero Scientifico Editore, 2007
pp 182, euro 23

Questo libro sul come fare Educazione Continua in Medicina, che gli Autori hanno dedicato a Alex Zanotelli, è diretto agli operatori della salute che hanno l'obbligo deontologico di mettere in pra-

"A mano a mano che in medicina è venuto crescendo il peso della tecnologia, si è delineato un crescente interesse per l'inserimento della letteratura, delle arti e del sapere umanistico in genere nella formazione dei nuovi medici. La tecnologia minaccia di oscurare l'importanza del rapporto medico-paziente e la considerazione del malato come persona, con il risultato che, mentre l'efficacia dell'atto medico aumenta, non aumenta parallelamente la soddisfazione dei pazienti".

V. Cagli, *Malattie come racconti*, Armando Editore, Roma 2004

tica conoscenze e competenze per offrire una assistenza qualitativamente buona. Prendersi quindi cura dei propri pazienti con competenze aggiornate, senza conflitti di interesse, in modo da poter essere un buon medico o un buon infermiere. Per poter acquisire queste buone pratiche è necessario, oggi più di ieri, spendere una parte delle proprie energie per la formazione.

Il libro è descritto dagli Autori come un diario di bordo, una guida nel percorso della formazione continua partendo da un'analisi della situazione della salute degli italiani, focalizzando l'attenzione su come le disuguaglianze socio-economiche e culturali siano i principali fattori di rischio per le patologie e su come, quindi, i medici, attori non unici di questo percorso, debbano essere consapevoli dei bisogni di salute dei cittadini e da questi trarre motivazioni per i bisogni formativi dei medici: il che non sempre accade. Una parte è dedicata alla metodologia di apprendimento dell'adulto (andragogia) che deve essere basata su metodi precisi per favorire l'acquisizione di abilità e competenze intellettive, ma anche gestuali e relazionali. Ancora una parte è centrata sulle modalità per rendere efficace un intervento formativo. Elementi estremamente pratici e utili, sullo stile anglosassone, e quindi proprio per questo molto fruibili.

La valutazione di tutte le tappe del processo formativo come risorsa di notevole apprendimento viene affrontata nella parte conclusiva del testo. Anche in questo caso il libro fornisce indicazioni rigorose su come stabilire l'efficacia di ogni percorso formativo. Infine, si affronta il problema della criticità del finanziamento degli eventi formativi richiamando al senso di responsabilità ed etica i singoli professionisti e le aziende sanitarie che dovrebbero destinare l'1% del monte salari complessivo per le attività di formazione continua.

Un richiamo al rigore, alla sobrietà e alla trasparenza e l'invito alle aziende sanitarie e anche al Ministro della Salute alla collaborazione etica con l'industria del farmaco: la modalità suggerita è la creazione di un blind trust per regolamentare questi rapporti.

L'epilogo invita tutti i lettori a impegnarsi anche come singoli operatori a mettere in pratica i suggerimenti proposti: "*Chi lotta può perdere, chi non lotta ha già perso*".

Stefania Manetti



Toscana 1 Nati per Leggere

Nel giugno scorso a Viareggio, in occasione dell'inaugurazione della nuova Biblioteca, si è svolto il Convegno su NpL organizzato da I. Lazzarini, responsabile della Biblioteca dei ragazzi e delle ragazze. Hanno partecipato G. Malgaroli, G.C. Biasini, L. Paladin del coordinamento nazionale NpL; P. Seppia e P. Neri dell'ACP Toscana e il primario pediatra dell'Ospedale Versilia, L. Gagliardi.

Il Convegno era diretto agli operatori della salute, agli educatori (asili nido-scuole materne), ai giovani del servizio civile che sono presenti nella Biblioteca dei ragazzi e delle ragazze di Viareggio alle famiglie.

I relatori hanno illustrato gli aspetti generali del progetto NpL, le finalità, le motivazioni scientifiche e la diffusione sul territorio nazionale. L. Paladin ha indicato le normative perché i libri siano "libri-libri" sicuri, leggibili e con caratteristiche a norma Cee. P. Seppia e P. Neri hanno illustrato il progetto locale NpL Versilia che coinvolge il Gruppo ACP Versilia, l'ASL 12 Versilia, la Pediatria ospedaliera e territoriale e l'Associazione "Soroptimist Club Viareggio Versilia". Il Progetto è denominato "Sensibilizzazione alla lettura in ambito familiare, prevenzione e individuazione precoce delle difficoltà linguistiche".

Coinvolge i pediatri ospedalieri dell'Ospedale della Versilia, 19 pediatri di famiglia di 7 Comuni del territorio della Versilia e la dott.ssa Stefania Millepiedi della Neuropsichiatria infantile dell'ASL. Gli obiettivi del Progetto sono:

1. valutazione degli effetti di NpL sull'attenzione alla lettura in ambito familiare;
2. valutazione degli effetti di NpL sulle abilità linguistiche di un gruppo dei bambini nati presso la ASL 12 da gennaio 2007 a giugno 2007;
3. valutazione epidemiologica delle competenze linguistiche nel bambino a 17 mesi.

Il Progetto sarà applicato arruolando i neonati da gennaio-giugno 2007 (gruppo intervento). Il gruppo di controllo sarà composto dai bambini nati da luglio a dicembre 2006 che non hanno avuto nessun intervento.

Le fasi attuative per il gruppo intervento sono tre.

1. La prima fase si svolge nel reparto di Neonatologia dell'Ospedale; al momento della dimissione dei neonati vengono consegnati alla famiglia:

- ▶ la brochure di presentazione del progetto NpL;
- ▶ una lettera di presentazione del progetto NpL-Versilia;
- ▶ il libro "Racconti Dipinti" di Angela Padellaro, un libro di favole pubblicato a cura del "Soroptimist Viareggio Versilia", ispirato ai 14 pannelli donati al reparto di Pediatria nel 2002, eseguiti dagli studenti del Liceo Scientifico di Viareggio a cui la scrittrice si è ispirata per scrivere altrettante fiabe;
- ▶ la scheda di valutazione (BABAR) della literacy familiare.

2. La seconda fase è compito dei pediatri di famiglia i quali per il campione intervento provvedono:

- ▶ alla raccolta della scheda literacy precedentemente consegnata alla dimissione dal reparto di Neonatologia in occasione della prima visita del neonato o al primo bilancio di salute al primo mese;
- ▶ al rinforzo dei messaggi NpL a ogni bilancio di salute e alla consegna, al sesto mese, della tessera di iscrizione alla biblioteca;
- ▶ alla consegna ai genitori dei bambini afferenti al Progetto, durante la visita per il bilancio di salute a 18 mesi, del questionario McArthur per la valuta-

Nati

zione delle abilità linguistiche e la scheda di valutazione della literacy familiare, già utilizzato alla dimissione dalla Neonatologia e riproposta al fine di valutare eventuali modifiche del comportamento della famiglia verso la lettura nel campione arruolato.

Il pediatra di famiglia consegnerà poi alle famiglie, in occasione del bilancio di salute dei 17 mesi dei bambini sia del gruppo intervento che del controllo:

- ▶ il questionario McArthur per la valutazione delle abilità linguistiche ad ambedue i gruppi;
- ▶ la scheda di valutazione della literacy familiare già utilizzata nel campione che ha ricevuto il libro al momento della dimissione dall'ospedale per capire se si sono verificate modifiche nelle abitudini alla lettura.

3. La terza fase è compito della neuropsichiatra infantile, dott. S. Millepiedi che elaborerà il questionario McArthur, e pertanto il gruppo campione e il gruppo di controllo verranno confrontati tra loro per valutare eventuali differenze in termini di abilità linguistiche acquisite.

La raccolta dei dati consentirà di acquisire dati epidemiologici circa lo sviluppo del linguaggio in un vasto gruppo di popolazione.

Lo strumento utilizzato (il questionario McArthur) è stato realizzato attraverso una lunga collaborazione fra l'Istituto di Psicologia del CNR di Roma e il Center for Research in Language, University of California. Le competenze comunicative e linguistiche indagate riguardano:

1. la comprensione delle prime semplici frasi in situazioni familiari;
2. la produzione di azioni e gesti di diverso tipo;
3. il repertorio lessicale;
4. l'emergere della grammatica e delle prime combinazioni.

Sarà utilizzato il questionario "gesti e parole" rivolto a bambini da 7 a 17 mesi che prevede il metodo indiretto di osservazione. Tramite interviste ai genitori si riesce a misurare lo sviluppo comunicativo e linguistico dei bambini tra 1 e 2 anni. È stato dimostrato che lo strumento

per Leggere

ha validità predittiva rispetto allo sviluppo linguistico dei bambini osservati. La rilevazione da parte dei genitori è risultata congruente con quella fornita da osservatori addestrati.

I risultati dell'indagine si prevedono a fine 2008.

Patrizia Neri, Patrizia Seppia

Per informazioni sul progetto:

Patrizia Seppia

E-mail: seppia.pat@virgilio.it

Toscana 2 Nati per la Musica

Sempre in Versilia è stato attuato un progetto didattico rivolto ai bambini nell'ambito di Nati per la Musica. Il Progetto era rivolto a bambini dai 2 agli 8 anni e si è avvalso di due strumenti didattici per l'educazione musicale: un libro e un CD adatti per le attività di classe e per l'utilizzo a casa con i genitori; utile per inventare giochi musicali per figli e nipoti. Il volume (canzoni, filastrocche e danze di M.A. Ciurlo) contiene 10 canzoni e filastrocche correlate da schede da colorare, gestualizzazioni, spunti per l'attività didattica e l'educazione musicale. Il CD contiene le canzoni realizzate a due velocità (di cui una lenta per facilitare l'apprendimento). Il Soroptimist di Viareggio ha fornito il libro e il CD ai docenti e collabora con loro per la buona riuscita del progetto affiancandoli nel percorso didattico. Al termine dell'anno scolastico si è tenuto un saggio dei bambini delle scuole che hanno partecipato.

Per informazioni sul progetto:

Silvia Canovetti

E-mail: silvia.canovetti@tiscali.it

Lazio

Gocce di voce è il titolo dell'albo illustrato che è stato realizzato per promuovere il progetto Nati per Leggere all'interno delle diversificate iniziative dell'anno in cui Torino con Roma è stata designata dall'Unesco capitale mondiale del libro. Il libro verrà donato dalla Provincia di Roma, attraverso le biblioteche territoriali, ai bambini nati nel 2007 come primo e concreto segno di avvio sul territorio provinciale del progetto nazionale NpL. Il Progetto verrà avviato prioritariamente in tre sistemi bibliotecari del territorio, per allargarsi successiva-

mente alle altre biblioteche che vorranno aderirvi.

Il primo incontro in tal senso è stato realizzato presso la Biblioteca di Anguillara del Sistema Bibliotecario Cerretano Sabatino. Nel corso dell'incontro, cui hanno partecipato le autorità cittadine, la Dirigente del Dipartimento Cultura della Provincia di Roma, Antonella Abbatello, pediatri, bibliotecari e tanti piccoli futuri lettori con le loro mamme, è stato presentato e donato il libro e si sono illustrati i fini e gli obiettivi del progetto NPL, delineando anche i compiti dei diversi attori e l'indispensabile cooperazione e collaborazione che dovrà instaurarsi tra loro.

Il secondo incontro si è svolto presso la biblioteca di Lanuvio del Consorzio Sistema Bibliotecario Castelli Romani, con il dono di libri ai bambini presenti con i loro genitori.

Sono state lette alcune poesie dell'albo, cui hanno fatto seguito due interventi di pediatri.

Rosaria Carbone

Marche

Il 16 giugno scorso, presso la nuova sede dell'Università di Scienze della Formazione di Macerata, si è tenuto il Convegno sul Progetto "Nati per Leggere: come far crescer bene un bambino".

Il Convegno è stato realizzato grazie alla sensibilizzazione dell'assessore ai servizi scolastici del Comune di Macerata e ha coinvolto più figure professionali: i pediatri, la direttrice della biblioteca, la coordinatrice pedagogica degli asili nido e la direttrice del Dipartimento di Scienze dell'Educazione e della Formazione dell'Università di Macerata (tutte donne!).

Nella mattinata gli intervenuti (numerosi) hanno potuto conoscere, attraverso la prima relazione tenuta da Stefania Manetti, la storia di NpL e le sempre più numerose evidenze scientifiche. Poi, con l'aiuto dell'esperta di letteratura per l'infanzia Rita Valentino Merletti, è stata approfondita la dimensione affettiva e culturale della lettura da parte dell'adulto. Nel pomeriggio i partecipanti si sono divisi in gruppi, a seconda della professione, e dopo aver ascoltato le esperienze di chi già ha avviato il progetto nella

Regione Marche, sono stati presi degli impegni da realizzare in breve tempo. Tutti i pediatri di famiglia di Macerata e Provincia hanno deciso di distribuire informazioni scritte su NpL alle famiglie durante il bilancio di salute dei sei mesi, e visto che la Biblioteca è in ristrutturazione e i libri non sono reperibili nelle librerie, informeranno che è possibile prenderli in prestito presso gli asili nido di Macerata. Preme sottolineare come tra i pediatri, prendendo lo spunto da quanto detto in relazione da Stefania Manetti, si sia affrontato il problema del rapporto diverso e più profondo che il pediatra potrebbe instaurare con i genitori, sempre più ansiosi e preoccupati di qualsiasi minimo problema, proprio partendo dalla proposta affettivo-culturale di NpL. In questo senso NpL appare un utile strumento di supporto alla genitorialità.

Altro impegno è stato preso in merito ai corsi di accompagnamento alla nascita, seguendo le indicazioni di Rita Valentino Merletti: utilizzare i corsi di preparazione al parto, momento in cui i futuri genitori appaiono molto recettivi, per dare uno spazio più ampio al Progetto, possibilmente anche con la distribuzione di un primo libro.

La biblioteca per la fine dell'anno, a lavori ultimati, avrà anche la sezione dedicata ai ragazzi e ai bambini più piccoli. Gli asili nido continueranno il percorso lettura come già hanno fatto quest'anno in maniera veramente sorprendente; l'Università e l'Assessore continueranno a sostenere NpL e avvieranno il primo corso di formazione per lettori volontari.

Il tutto è stato vivacizzato da esempi di lettura ad alta voce, fatti dal gruppo "Sognalibro" di S. Severino Marche.

Lucia Tubaldi

E infine Croazia!

Il progetto Nati per Leggere è stato presentato, da Letizia Tarantello, a Zagabria in un incontro dell'Associazione Biblioteche della Croazia. L'incontro era intitolato "Famiglie con i vostri piccoli: siete i benvenuti!" ed era centrato sui servizi delle biblioteche ai bambini fino a 3 anni. Il progetto NpL ha suscitato molto interesse.

Sulla efficacia della Educazione Medica Continua: si può fare un bilancio?

A cura della redazione di *Quaderni acp*

Abstract

On the effectiveness of continuing medical education. Can we make an evaluation? Some studies regarding the efficacy of Continuing Medical Education (CME) are reported. CME should improve doctors' skills in taking care of people, but unfortunately the methodological approaches seem inadequate. A meta analysis shows that the only efficacious methods are the active ones, while the traditional conferences seem to be not at all efficacious. We discuss these results considering the Italian CME experience.

Quaderni acp 2007; 14(5): 232-237

Key words Continuing Medical Education. Evaluation studies. Competing interest. Doctors' knowledge. Doctors' performances

Vengono presentati alcuni studi sulla efficacia della Educazione Medica Continua (EMC) che si dovrebbe porre l'obiettivo di migliorare continuamente la capacità del medico a curare le persone. Purtroppo i metodi di studio della EMC si dimostrano generalmente inadeguati. Una metanalisi comunque dimostra che i soli metodi che danno risultati positivi sono quelli attivi, mentre quelli dei congressi tradizionali sembrano non avere alcuna efficacia. Questi risultati vengono discussi alla luce della esperienza italiana di EMC.

Parole chiave Educazione Medica Continua. Studi di valutazione. Conflitto di interesse. Conoscenze dei medici. Performance dei medici

L'introduzione della Educazione Medica Continua (EMC) viene attuata per continuare a imparare dopo l'acquisizione del titolo accademico, con l'obiettivo di migliorare continuamente la capacità del medico a curare le persone. L'obiettivo finale (il livello quarto) è perciò quello di migliorare la salute del malato, secondo la cascata identificata da Kirkpatrick (Evaluating training: four levels. Berret-Koelher, S. Francisco, 1944). I livelli intermedi di Kirkpatrick sono tre:

Livello 1. Soddisfazione del partecipante.

Livello 2. Cambiamento di conoscenze e atteggiamenti (sapere, saper essere).

Livello 3. Cambiamenti del medico nella pratica clinica (saper fare).

Livello 4. Effetti sulla salute dei pazienti
Ogni livello precedente serve come base per la valutazione del livello successivo e ogni livello successivo rappresenta una misura di efficacia più precisa dei precedenti in una analisi rigorosa e lunga.

In Italia il progetto EMC è stato lanciato nel 2000. La fase sperimentale si è conclusa tre anni dopo ed è stata vissuta dai medici con la preoccupazione dell'accu-

mulo dei crediti, e dai provider, dagli organizzatori di congressi, dalle agenzie turistiche locali come una occasione economica da non trascurare; ma non si può dire che sia stata una visibile occasione di miglioramento della professione. Del resto la sperimentazione e quello che è venuto dopo hanno "dimenticato" la parte più importante di ogni intervento formativo: l'individuazione dei bisogni formativi. L'analisi delle conoscenze dei partecipanti agli eventi e le loro attese sono andate deluse per l'assoluta impossibilità di conoscere il contenuto di ciò che i docenti avrebbero approfondito, al di là dei titoli spesso immaginifici.

Non siamo i soli, noi italiani, ad avere delle difficoltà nel renderci conto dell'effetto che la EMC ha prodotto nel settore dei medici.

Presentiamo in questo focus tre articoli, la cui presentazione dobbiamo a Laura Reali e a Stefania Manetti. Si tratta di una metanalisi e di una revisione sistematica, pubblicate recentemente su una rivista specialistica di educazione medica continua (il *Journal of continuing education in the health professions*) e di un

riferimento su una esperienza online che viene dall'Italia: il progetto ECCE pubblicato su *Plos Medicine*. Concludiamo con un commento al problema della EMC italiana di Alfredo Pisacane, che ha di recente pubblicato, con Isabella Continisio, un libro sull'argomento la cui recensione pubblichiamo su questo numero a pag. 229.

1. I metodi di studio sono inadeguati

Tian J, Aktinson NL, Portnoy B, et al. A Systematic Review of Evaluation in Formal Continuing Medical Education. *J. Contin Educ Health Prof* 2007;27:16-27.

Obiettivi

Nell'articolo è riferita una revisione sistematica per valutare gli effetti dell'Educazione Medica Continua sulle conoscenze e sulle performance dei medici e sugli effetti sui pazienti.

I quesiti erano:

- ▶ Quali studi hanno valutato i cambiamenti del sapere, saper essere e saper fare del medico e dei risultati sui pazienti?
- ▶ Quali sono gli effetti di differenti strategie di randomizzazione sulla capacità di misurare gli outcome?
- ▶ Quali sono la realizzabilità e la validità delle misure utilizzate in questi studi?
- ▶ Quanto deve essere lungo il periodo di follow-up per dimostrare adeguatamente l'efficacia della EMC?

Metodi

Sono stati selezionati 32 studi:

- ▶ studi primari (gennaio 2000-gennaio 2006) secondo i criteri di Davis*;
- ▶ studi quasi sperimentali, ben disegnati, con confronto caso/controllo;
- ▶ studi dal 2° al 4° livello di valutazione Kirkpatrick, cioè oltre la soddisfazione del partecipante;
- ▶ studi che facevano uso di sistemi oggettivi e soggettivi di valutazione della performance professionale.

Per corrispondenza:
e-mail: redazionequaderni@tiscali.it

Risultati

La maggior parte degli studi prende in esame un solo livello di valutazione Kirkpatrick, senza spiegare perché.

C'è inoltre una estrema variabilità di disegni e di strategie di randomizzazione, talvolta talmente complesse da limitare la validità interna degli studi.

In alcuni lavori, per esempio, l'analisi dell'intervento viene effettuata sugli individui, mentre la randomizzazione è stata fatta per gruppi, in altri avviene il contrario. Se non c'è corrispondenza tra i gruppi/individui da sottoporre all'analisi e i gruppi/individui sottoposti alla randomizzazione, l'interpretazione dei risultati può essere inadeguata. Nella maggior parte degli studi i medici vengono assegnati con la randomizzazione sia al gruppo di intervento che al gruppo di controllo, mentre i pazienti sono presenti solo nel gruppo di intervento (bias di selezione). Un altro bias si verifica in quegli studi in cui i pazienti rappresentano l'unità di randomizzazione, perché il trattamento che il medico somministra ai pazienti del gruppo di controllo può essere contaminato dall'esperienza che il medico ha acquisito nel somministrare l'intervento ai pazienti del gruppo sperimentale, con possibile sottostima dell'effetto.

Inoltre, nella valutazione degli outcome non sempre viene adeguatamente considerato il fatto che le analisi focalizzate su unità differenti (i medici, i pazienti, il setting) hanno coefficienti di determinazione multivariata diversi (R^2) e che R^2 sarà più alto se i dati sono più aggregati. I risultati vengono valutati con questionari, sondaggi e scale diversi. 10 studi usano strumenti di valutazione propri, ma non forniscono informazioni sulla loro adattabilità e affidabilità. 21 studi fanno una valutazione della performance clinica del medico, ma di questi 5 usano questionari di autovalutazione.

Altri 16 documentano modifiche oggettive del comportamento dei medici in setting clinici attraverso l'osservazione di un valutatore esterno. I risultati sui pazienti vengono valutati di rado (in 13 su 32 studi di questa revisione) e per valutarli vengono in genere usate le cartelle cliniche, ma il miglioramento dello stato di salute dei pazienti dovrebbe essere supportato da indici misurabili più standardizzati. I periodi di follow-up variano

da immediatamente dopo lo studio a 3 anni; la variabile rende difficile trarre conclusioni sulla sostenibilità dell'effetto. Nonostante il razionale a sostegno del modello di Kirkpatrick, questa revisione è fondata su studi che nella maggior parte dei casi non sono andati oltre il primo livello di valutazione.

Conclusioni

Una valutazione degli studi presenti in letteratura non consente tuttora di identificare precise modalità di attuazione della EMC utilizzabili con fiducia. Un buono studio dovrebbe includere una valutazione di tutti i livelli. I questionari dovrebbero essere mirati a tale scopo; il periodo di follow up non dovrebbe essere inferiore ai 12 mesi per scoprire gli effetti dell'intervento e misurarne la sostenibilità.

Sono necessarie altre ricerche per raccomandare le strategie di randomizzazione. Sono in sostanza necessari ulteriori studi per selezionare strategie di randomizzazione più appropriate.

* Criteri di Davis. *Studi primari, con oltre il 50% dei partecipanti rappresentato da medici praticanti, RCT su interventi educativi formali EMC di tipo didattico che facevano uso di tecniche educative interattive e/o di valutazioni oggettive delle performance professionali nella pratica clinica e/o di valutazione dei risultati sullo stato di salute.*

2. Ma qualche risultato sulla efficacia c'è

Mansouri M, Lockier J. *A metanalysis of continuing medical education effectiveness. J Contin Educ Health Prof 2007;27:6-15.*

Obiettivi

Nel secondo articolo è riferita una meta-analisi per valutare gli effetti della Educazione Medica Continua sulle conoscenze e sulle performance dei medici e anche sugli effetti sui pazienti. Come si sa, la meta-analisi è una tecnica statistica che permette di integrare i risultati delle ricerche di molti studi, riunendoli come se fossero un unico studio con alcuni accorgimenti circa le metodologie con cui gli studi sono stati condotti.

Metodi

Quanto al metodo sono stati individuati i CRT e gli studi sperimentali "prima-dopo" su questo argomento, pubblicati fra

il 1999 e il 2004, nei quali i medici erano i principali attori. Sono stati considerati le tipologie degli interventi didattici, le tipologie e i numeri dei partecipanti, il numero e il tempo delle sessioni.

Gli outcome studiati erano: il sapere (la conoscenza), le performance (il sapere fare) dei medici e gli effetti sulla salute del paziente. Le variabili didattiche possibili erano riassumibili nei seguenti interventi:

- ▶ attivi (workshop e training individuali);
- ▶ passivi (relazioni, orali o scritte, filmati);
- ▶ misti (piccoli gruppi e feedback dopo il corso).

Le variabili dei partecipanti erano:

- ▶ specialità singole (per esempio soli pediatri);
- ▶ specialità multiple (per esempio pediatri e neuropsichiatri);
- ▶ numerosità dei partecipanti.

Le variabili circa le sessioni erano:

- ▶ singola;
- ▶ multiple.

Risultati

I risultati sono stati i seguenti: della moltitudine di articoli individuati (3233) solo 31 si dimostravano utili per la meta-analisi con 61 tipologie di intervento didattico: 24 passivi, 30 attivi o misti, 3 online, 1 mail out strategy, 2 difficilmente classificabili.

Gli effetti venivano definiti con il coefficiente di correlazione di Pearson che misura la forza di una associazione (r) fra due variabili. Gli Autori hanno considerato gli effetti come buoni ($r = 0,37$), modesti ($r = 0,24$), trascurabili ($r = 0,10$).

In estrema sintesi i risultati positivi su tutti gli outcome andavano da modesti a trascurabili: più alti sulle conoscenze ($r = 0,22$), cadevano sulla performance ($r = 0,18$) e ancora di più sui risultati per il paziente ($r = 0,14$); quest'ultimo assai vicino a un valore trascurabile.

Più efficaci sulle conoscenze i metodi attivi ($r = 0,33$) e misti ($r = 0,33$) vs i passivi ($r = 0,20$).

Più efficaci di tutti il Multifaced educational program ($r = 0,69$), il case-based training ($r = 0,64$) e i workshop ripetuti ($r = 0,61$). Meno efficace di tutti la lettura e i filmati ($r = 0,06-0,05$).

Sulle performance del medico efficace solo l'Individual training ($r = 0,64$). Sul paziente solo il gruppo interattivo ($r = 0,35$). Difficilmente valutabile il metodo online ($r = 0,18$) e mail out ($r = 0,01$) per lo scarso numero di ricerche. I convegni multispecialistici danno così risultati ($r = 0,13$).

Il tempo fra l'intervento e la verifica dei risultati (range: da immediatamente a 108 settimane) erano correlati negativamente ($r = -0,31$), ma più negativamente di tutti sui risultati sul paziente ($r = -0,36$).

Conclusioni

Gli studi cominciano a essere numerosi, ma troppo spesso non sono utilizzabili perché condotti come nello studio precedente (Tian J, et al.), con modalità inaccettabili per una buona analisi. Complessivamente si deve concludere che l'effetto nel modificare la professione è modesto. Discreto sul sapere, modesto sulla performance, quasi trascurabili gli effetti sul paziente. Ovviamente migliori i metodi attivi, interattivi e misti, e particolarmente il training individuale e la discussione di casi in piccoli gruppi. Zero assoluto alla conferenza. Sui metodi online troppo poche le ricerche. Si veda su questo argomento l'articolo seguente.

3. Una esperienza italiana online

Moja L, Moschetti I, Liberati A, et al. Using Clinical Evidence in a National Continuing Medical Education Program in Italy. *Plos Medicine*, May 2007, vol. 4, Issues 5, pp 799.

Obiettivi

L'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) ha tradotto in italiano *Clinical Evidence* e ne ha distribuito 50.000 copie ai medici italiani. Per poter massimizzare l'efficacia di questo investimento economico e per velocizzare la diffusione di EBM, ha poi investito in un sistema gratuito di e-learning basato su *Clinical Evidence*, chiamato ECCE (acronimo di Educazione Continua in Clinical Evidence). ECCE utilizza delle vignette interattive basate sulla pratica clinica, che narrano situazioni reali di pratica quotidiana attraverso un approccio step by step. Alla fine di ogni vignetta i medici vengono invita-

ti a compilare un questionario online sulla loro esperienza, legata all'utilizzo di ECCE. Target primario di ECCE sono i medici di medicina generale, anche se le vignette descrivono situazioni di interesse rilevante anche per altre specialità. Gli utenti acquisiscono crediti se raggiungono uno score di almeno l'80% del punteggio massimo.

Prima della compilazione delle vignette ai medici viene consigliato di leggere il capitolo di *Clinical Evidence* relativo all'argomento trattato, con un tempo medio assunto di lettura di circa 5 minuti.

Metodi

Durante la prima fase sperimentale (ottobre-dicembre 2004) è stata fatta una valutazione di ECCE su un campione volontario (600 medici) attraverso la somministrazione di questionari caso-specifici. Inoltre sono stati condotti tre focus group (27 medici) a Milano, Modena e Napoli, per una valutazione degli aspetti più prettamente qualitativi dello strumento.

Lo studio che viene riassunto analizza i risultati del primo anno di utilizzo di questo strumento di e-learning.

Risultati

19.340 medici hanno volontariamente aderito a ECCE (7,8% dei medici italiani). Il 93% ha effettuato almeno un accesso, completando almeno una vignetta. Il 22,9% era costituito da medici di medicina generale, il 29% da medici internisti, il 17,6% da chirurghi, il 5,3% da pediatri, il 25,2% da altri specialisti. L'età media degli utenti era di circa 50 anni. Il 52% vive in zone rurali con una variazione regionale notevole: la Sardegna ha il maggiore utilizzo (9,8% di tutti i medici residenti) e la Campania il più basso (3,94% dei medici residenti). Sono state compilate in media 13,75 vignette per medico, con un corrispondente in crediti acquisiti di 16,22. 3468 medici hanno acquisito più di 25 crediti, andando quindi oltre il numero annuo richiesto di 24 crediti per l'anno 2005. Le vignette più richieste riguardano appendicite, fibrillazione atriale, herpes zoster, tossicità da paracetamolo e dolore lombare acuto. La vignetta più facilmente risolvibile ha dato un tasso di risposte giuste al primo tentativo del 93,9% contro un tasso di successo medio del 79,19%. La vignetta

di più difficile risoluzione ha dato un tasso di successo del 39,10%.

I tempi medi nella risoluzione variavano dai 9 minuti per le vignette da 1 credito ai 18 minuti per le vignette da 2 crediti. Il 93,6% dei medici ha trovato le vignette rilevanti e appropriate alla pratica quotidiana e su 21.589 risposte in feedback a testo libero 17.902 erano costituite da commenti positivi.

Discussione

Il numero di medici che hanno partecipato a ECCE (19.340) suggerisce che questa modalità di EMC risponde a un bisogno, anche se rispetto al numero totale dei medici italiani si deve concludere che si tratta di un bisogno di una parte modesta: il 7,8% che si è autoselezionata sulla base di una attitudine positiva verso l'EBM e di maggiori competenze informatiche. Sulla base di queste attitudini e competenze non si può escludere la possibilità che gli utilizzatori abbiano sfruttato lo strumento a fini opportunistici per acquisire il maggior numero possibile di crediti, ma il fatto che il 30% dei medici sia andato oltre, fa pensare a un effettivo utilizzo per testare le proprie competenze.

Altro limite riguarda la capacità di questo strumento di discriminare i più preparati; l'elevato tasso di successo potrebbe suggerire una non adeguatezza in tale settore, anche se l'autoselezione di base avrebbe potuto occuparsi anche della preparazione professionale. L'altro problema, che riguarda anche gli articoli di Mnsouri e coll e di Tjan e coll., riguarda i livelli di Kirkpatrick: questa indagine fa riferimento al livello 2 (sapere), ma non a quelli successivi (saper fare, outcome dei pazienti).

Conclusioni

Il tentativo dell'AIFA come servizio potenzialmente accessibile a tutti gratuitamente è unico in Italia. Esistono, tuttavia, nel nostro Paese, altre esperienze di formazione permanente medica indipendenti dalle industrie; citiamo WEBM-ORG, nato in Sicilia da un gruppo con forte esperienza di formazione.

Si tende, quindi, a bilanciare l'informazione in un contesto dove le industrie sono i principali veicoli diretti o indiretti della formazione medica con forte disat-

tenzione delle Regioni e delle ASL al conflitto di interesse. I costi di ogni credito acquisito con ECCE sono stati meno di 2,5 euro nel 2006; mantenendo lo stesso tipo di utilizzo, si prevedono costi di 0,7 euro a credito; considerando che nel 2004 il costo medio di un credito EMC in Emilia Romagna, Regione che ha monitorato questo tipo di spesa, sono stati di 144 euro, è evidente che esiste un indubbio vantaggio anche da questo punto di vista. Questo investimento pubblico acquista maggior valore se viene poi riportato ai 3 miliardi di euro spesi dall'industria del farmaco nel 2004 in Italia, circa 800 euro per ogni medico italiano.

4. Le nostre conclusioni

Crediamo di potere trarre alcune conclusioni dal nostro focus.

1. Gran parte dei metodi di studio del problema EMC è inadeguato. Tocca ai ricercatori progettare studi più adeguati per misurare efficacia ed efficienza.

2. Ci sono ambiti poco o nulla toccati dalla ricerca: quelli della formazione online o blended, quelli sul rapporto costo / efficacia, costo / utilità, costo / beneficio o sulla influenza sulla formazione dei conflitti di interesse, che vanno assolutamente frequentati.

3. Esistono però già da ora dei risultati emergenti da buoni studi sulla efficacia di alcuni interventi e l'inefficacia, o quasi, di altri. Tocca già da ora al SSN, alle Regioni, alle ASL, alle società scientifiche e non, da ultimo, all'ACP, privilegiare i primi e scoraggiare gli altri. Il che francamente non accade. L'accordo per il riordino della formazione continua, su cui il Ministero ha ricevuto l'assenso delle Regioni e reso noto nel luglio 2007, riconosce che le diverse modalità pedagogiche hanno "diversa efficacia formativa" ma fa unicamente riferimento al tempo per l'attribuzione dei crediti (un'ora, un credito) e non riconosce alcun "compenso" alle forme di autoapprendimento con tutor o senza tutor (formazione a distanza, lettura di riviste ecc.) e alla formazione sul campo.

4. L'outcome più disertato è quello della valutazione degli effetti sulla salute del paziente. L'unico dato che abbiamo è del tutto pessimistico e viene da una metodologia interattiva del tutto occasionale

dalle nostre parti: il gruppo interattivo. A proposito di valutazione riportiamo un parere di Maria Linetti, direttrice dell'ufficio formazione continua del Ministero della Salute, pubblicato su *Va pensiero*, la rivista online de *Il pensiero scientifico*:

"L'efficacia dell'aggiornamento continuo è un beneficio non facile da valutare, bisognerebbe apporre degli "indicatori di risultato atteso" agli obiettivi formativi e poi configurarli sul tipo di beneficio, che quello specifico aggiornamento ha prodotto, e misurarli. A mio avviso, l'EMC può dare solo un valore aggiunto, ma deve essere organizzato bene e utilizzato tenendo conto dell'appropriatezza dei contenuti formativi rispetto al lavoro che svolge l'operatore sanitario. Sono comunque d'accordo sull'opportunità di introdurre, in alcuni specifici casi, gli indicatori di risultato, per poi "condizionare" positivamente l'aggiornamento in termini di efficacia, ma solo per determinati percorsi formativi. Il rischio, infatti, è che questo "condizionamento" significhi ridurre troppo le maglie della libera conoscenza e non sarebbe utile per gli operatori. Gli indicatori dovrebbero svolgere solo un ruolo relativo, non fondamentale".

Dobbiamo subito dire di avere molti dubbi su questo parere. Perché ci sembra che qualsiasi intervento in sanità (specie se necessario di un finanziamento, ma non solo) prima di essere applicato deve almeno essere corredato da una serie di misure capaci di valutarlo. Richiamarsi alla bellezza della libera conoscenza ci pare eccessivamente letterario. Preferiremmo che il Ministero si concentrasse sulla cascata di Kirkpatrick. Purtroppo l'accordo per il riordino della formazione continua approvato dalla Conferenza Stato-Regioni sopra citato è in linea con l'opinione della direttrice dell'ufficio formazione continua del Ministero della Salute. Infatti istituisce un Osservatorio che produce registri e report, ma non gli è attribuito un obbligo di valutazione della efficacia degli eventi, ma solo un generico invito a promuovere studi e ricerche per l'avvio di nuove e più efficaci metodologie di valutazione dei percorsi formativi.

Diversamente, per fortuna, la pensa l'AIFA che, pensando evidentemente al

progetto ECCE, nel Bando 2007 per la ricerca indipendente (area 3 tematica 5) ha posto il tema "Studi sulla efficacia della formazione a distanza nel determinare cambiamenti di appropriatezza nella prescrizione dei farmaci".

5. Il conflitto di interessi

Alfredo Pisacane
Facoltà di Medicina e Chirurgia,
Università degli Studi Federico II, Napoli
Per corrispondenza:
Alfredo Pisacane, Pisacane@unina.it

A cinque anni dal suo avvio, il Sistema italiano di Educazione Continua in Medicina si trova ad affrontare importanti sfide. La prima è quella di divenire uno strumento di miglioramento della qualità dell'assistenza; la seconda è di garantire ai cittadini che l'aggiornamento dei professionisti non sia in alcun modo condizionato dagli interessi dell'industria privata. Così come nella maggioranza dei Paesi occidentali, anche in Italia, infatti, l'aggiornamento dei medici (ma non quello degli infermieri e dei professionisti non-prescrittori) è sponsorizzato in maniera rilevante (per oltre il 60%) dall'industria del farmaco.

Quello del potenziale conflitto di interessi è quindi un problema prioritario da risolvere, e non solo in Italia. Le domande a cui è urgente rispondere potrebbero essere: "È utile e opportuno che l'industria privata sponsorizzi la formazione continua dei professionisti della salute? E se la risposta è affermativa, cosa il servizio sanitario dovrebbe dare in cambio di questo sostegno?".

È forse utile condividere alcune definizioni, in quanto il conflitto di interesse può riguardare chi organizza i corsi EMC, chi insegna, chi vi partecipa in qualità di discente.

Il conflitto di interessi è la condizione in cui un professionista occupa contemporaneamente due ruoli differenti, con possibili interferenze e influenze di interessi economici o personali su comportamenti che dovrebbero essere del tutto autonomi.

Nelle attività di EMC si parla di possibile conflitto quando un docente/moderatore non dichiara collaborazioni di qualsiasi natura con aziende private che producono o commerciano farmaci, dispositivi per la diagnosi e il trattamento, appli-

cativi software relativi ad argomenti trattati in un evento formativo.

Ma anche i Provider, cioè coloro che erogano e accreditano eventi formativi, potrebbero trovarsi in una condizione di conflitto ed esserne influenzati, qualora abbiano rapporti con uno sponsor commerciale.

Il Provider deve farsi garante del tipo di rapporti che intercorrono, o sono intercorsi, tra lo sponsor, i componenti del Comitato Scientifico e i docenti, e firmare un contratto con lo sponsor medesimo, nel quale siano chiaramente definiti le condizioni e gli scopi dei contributi finanziari o di altra natura ricevuti. Deve inoltre acquisire le autocertificazioni di assenza di conflitto degli organizzatori e dei docenti relative ai rapporti con aziende farmaceutiche e di strumenti/presidi sanitari nell'ultimo biennio, rendere palesi gli eventuali conflitti, impedire ai soggetti con gravi conflitti di essere docenti.

Ma non è ben chiaro, a parte i casi in cui docenti e organizzatori siano azionari di una certa azienda privata, quando scattino i divieti e, comunque, fino a oggi, sono stati praticamente assenti i casi in cui tali divieti sono stati applicati.

Le sponsorizzazioni

In certi ambienti vicini all'industria si parla oggi sempre più della necessità di "contratti trasparenti" per superare il conflitto; secondo questa ipotesi, sarebbe sufficiente prevedere chiari accordi, nei quali i ruoli e gli interessi dello sponsor e dello sponsee siano definiti, per superare il problema del conflitto e per escludere anche i rischi di influenze commerciali possibili all'interno, o ai margini di un evento formativo.

C'è poi il conflitto di interessi legato alla sponsorizzazione dei singoli professionisti. Quanto è potenzialmente "pericoloso" partecipare a un evento formativo, per il quale iscrizione e spese di viaggio e soggiorno sono stati sponsorizzati?

Forse non c'è nessun rischio nel fatto che l'industria finanzia i docenti, i partecipanti o i Provider della formazione continua, ma è necessario riflettere sul fatto che, per ogni euro investito in formazione continua, l'industria privata ne ricavi circa 5-6. Forse perché la formazione continua, al pari della pubblicità di

un farmaco su buone riviste scientifiche, può contribuire ad aumentare tra i professionisti il ricorso a determinati farmaci o comportamenti.

È possibile quindi che le attività formative sponsorizzate possano essere influenzate, in modo imprevedibile e differente da caso a caso, dalla sponsorizzazione stessa.

Solo per fare un esempio, dopo che nel 2000 lo studio Vigor aveva già mostrato i gravi effetti collaterali cardiovascolari del rofecoxib, Merck tentò di assicurare i medici sulla sicurezza cardiovascolare di questo farmaco sponsorizzando simposi EMC e pubblicando numerosi studi di propri dipendenti o consulenti, con l'obiettivo di confutare i dati di pericolosità cardiovascolare. E sappiamo bene cosa è successo dopo.

Regolamentare i rapporti finanziari con l'industria privata

Che un'industria desideri visibilità e buona accoglienza dei propri prodotti è legittimo, specialmente quando tali prodotti sono validi, ma ciò non può passare attraverso un sostegno ai prescrittori di tali prodotti, perché si potrebbe sospettare, e molti cittadini già lo fanno, che la prescrizione possa essere fatta non solo per oggettive ragioni di salute, ma per interessi privati in nessun modo legati alla salute. Come eliminare, o almeno diminuire, il conflitto di interessi e come regolamentare i rapporti finanziari con l'industria privata? Possiamo provare a elencare qualche ipotesi.

1. Far rispettare a Regioni e Aziende il finanziamento per l'EMC

Le Aziende sanitarie dovrebbero spendere in formazione continua non meno dell'1% del loro budget per i salari; in realtà, la maggioranza di esse, per i noti dissesti finanziari, spende da 5 a 10 volte meno di tale importo.

Fare formazione diventa quindi difficile ed è più naturale chiedere aiuto esterno. Inoltre, come si verifica per tutti gli altri professionisti, anche quelli del settore sanitario potrebbero pagare una parte della propria formazione, facendo in modo che si possa dedurre, in una certa misura, dalle tasse.

2. Formazione sobria e a basso costo

Facciamola in reparto, in ambulatorio, in laboratorio, nelle palestre delle scuole; privilegiamo quella che si chiama "formazione sul campo", una modalità con la quale le persone discutono, comunicano, si confrontano sugli aspetti organizzativi e tecnici del lavoro di tutti i giorni, tentando di risolvere i problemi dell'assistenza. Per gli aspetti teorici, esiste la formazione "a distanza", che si può fare anche da casa propria collegandosi a Internet: niente viaggi, niente pranzi, niente assenze dal lavoro. Molti degli eventi formativi realizzati in questi anni sono stati convegni e grandi meeting, la cui efficacia formativa e impatto sulla salute sono molto bassi, come dimostrano gli studi recensiti sopra. Poi ci sono i viaggi, i coffee-break, i pranzi, tutte cose che costano molto e con la formazione c'entrano poco.

3. Formarsi su problemi reali

La maggior parte della formazione dovrebbe funzionare "in piccolo", su progetti aziendali e regionali di miglioramento della qualità dell'assistenza. Gli audit, i piccoli progetti di miglioramento organizzativo e assistenziale, lo scambio con colleghi che lavorano in situazioni di eccellenza dovrebbero rappresentare la maggior parte delle attività formative. E per questo tipo di aggiornamento non servono sponsor.

4. Finanziamenti in un "blind trust"

In questa ipotesi il fondo dovrebbe raccogliere finanziamenti da aziende private su progetti di qualità*, con programmi e docenti autonomi, indipendenti e valutati, che distribuisca le risorse in modo equo tra tutti i professionisti di un'azienda sanitaria, anche i non-medici, che confermi le risorse solo a quelli che raggiungano obiettivi di miglioramento della qualità, che impedisca contatti diretti delle aziende private con i professionisti e con i Provider. In questo modo, un'azienda privata non potrà finanziare un determinato corso né un determinato professionista, ma solo l'Ente terzo. In cambio, riceverà una menzione annuale pubblica nell'albo dei sostenitori della formazione continua di quella Azienda sanitaria o di quella Regione**.

Prima epidemia di Chikungunya in Europa. Rapporto preliminare

Mauro Palazzi, Claudio Venturelli
Dipartimento di Sanità Pubblica, Ausl di Cesena

Conclusione

Non è una presa di posizione politica o un'infuocata ideologia anticapitalistica a spingere molti a contrastare il conflitto di interessi. Il problema reale è il rapporto di fiducia con i cittadini. Quanta fiducia possono avere in noi i cittadini, se sospettano che prescriviamo un farmaco perché siamo in debito con qualcuno per il nostro aggiornamento? La relazione di cura si basa sulla fiducia e, se la gente perde fiducia in noi, nessuno più si fiderà e si affiderà. ♦

*Il testo della Conferenza Stato-Regioni citato più sopra dice a proposito di risorse private che "... ci sono e vengono usate male... e su tutto aleggia l'ombra del conflitto di interessi". La soluzione potrebbe essere: "distinguere più nettamente fra attività EMC e convegnistica" nel senso di distinguere la parte formativa relativa all'uso dei farmaci e delle tecnologie da quella detta "convegnistica". Il testo testimonia una apprezzabile buona volontà accoppiata a una notevole ingenuità.

**Il documento suggerisce anche di creare "organismi cui affidare il compito di ricevere... le sponsorizzazioni e di reimmetterle nel circuito EMC... con criteri di trasparenza e indipendenza". Una ipotesi non lontana dal "blind trust" di cui scrive Alfredo Pisacane. (NdR)

Riferimenti bibliografici

- Angell M. Farma & Co. Industria farmaceutica: storie straordinarie di ordinaria corruzione. Milano: Il Saggiatore, 2006.
- Bobbio M. Giuro di esercitare la medicina in libertà ed indipendenza. Torino: Einaudi, 2004.
- Topol EJ. Failing the public health-rofecoxib, Merck, and the FDA. N Engl J Med 2004; 351:1707-9.

La febbre da Chikungunya è una malattia virale trasmessa tramite la puntura di zanzare infette. Il virus Chikungunya è un Arbovirus, isolato nel 1953. Causa una malattia detta "febbre da Chikungunya". I sintomi sono febbre, un eritema cutaneo e dolori articolari.

Il 9 agosto 2007 il Dipartimento di Sanità Pubblica della Ausl di Ravenna ha ricevuto da un cittadino la notizia che a Castiglione di Cervia diverse persone, in case vicine, avevano manifestato una febbre molto alta. L'indagine epidemiologica, a metà agosto, ha rilevato che in pochi giorni circa 50 persone avevano avuto febbre superiore ai 38,5°C, cefalea, intensi dolori articolari, profonda astenia e, in circa la metà dei casi, un esantema maculo-papulare. I dati raccolti hanno evidenziato il caso numero uno in un turista proveniente dall'India. Il 21 giugno era stato a Castiglione di Cervia; qui aveva manifestato i sintomi della malattia. Il 4 luglio si era ammalata una persona residente nel paese, che non si era mai spostata dall'Italia. Questo ha permesso di ipotizzare il possibile arrivo in zona di un Arbovirus trasmesso da vettore biologico.

L'attenzione si è indirizzata verso la zanzara *Aedes albopictus* (zanzara tigre), presente da anni nella zona. Il 29 agosto le analisi di laboratorio sulle persone malate hanno confermato la presenza di virus Chikungunya. La sorveglianza, già attiva, è stata rivolta verso questo tipo di patologia. I casi segnalati dai medici sono stati valutati dal Dipartimento di Sanità Pubblica e, se considerati sospetti in base ai criteri stabiliti dal sistema di sorveglianza, sono stati sottoposti alla ricerca di anticorpi specifici e/o tracce della particella virale. La positività al test di laboratorio è infatti condizione per confermare il caso sospetto. I casi sospetti sono stati segnalati alle Amministrazioni Comunali di residenza per interventi di bonifica e disinfestazione, volti a eliminare le zanzare secondo un protocollo del gruppo tecnico della

Regione Emilia-Romagna che prevede interventi sia su suolo pubblico sia negli spazi privati, utilizzando un prodotto attivo contro le larve (larvicida), la rimozione dei ristagni d'acqua, potenziali focolai di sviluppo delle larve e la distribuzione di un adulticida. L'area circostante le abitazioni delle persone con sintomatologia sospetta è stata trattata per un raggio di 100 metri se presente un solo caso o di 300 metri per un maggior numero di casi. È stata inoltre proposta l'adozione in tutti i Comuni della Regione di una ordinanza circa il controllo nelle case private e in alcune attività produttive a rischio (vivai, rottamai, gommisti, depositi di materiale e cantieri edili). Al 10 settembre i casi sospetti erano oltre 200, per lo più concentrati nella zona di sviluppo del focolaio iniziale. Un secondo piccolo focolaio si è sviluppato in una frazione di Cesena. Qui il virus è stato introdotto da una persona, che lavorava nella zona al centro dell'epidemia. Il contagio si è diffuso ad alcuni vicini di casa. Altri casi in attesa di conferma dai test di laboratorio sono stati segnalati a Cervia, Ravenna, Cesenatico, Bologna, Rimini e Forlì. L'intervento di disinfezione nelle aree dell'epidemia pare aver efficacemente contenuto la sua estensione: la curva epidemica si sta sempre più riducendo verso lo zero.

Questa è la prima epidemia da virus Chikungunya in Europa e dimostra che i mutamenti climatici e l'aumento degli spostamenti in tempi ridotti, di uomini e merci fra i continenti, hanno portato qui non solo il vettore di malattie confinate fino ad oggi in lontani Paesi, ma anche un primo virus cui potrebbero seguirne altri. Questo impone di prestare attenzione a segnali di possibile sviluppo di malattie tropicali anche nella nostra realtà e di intensificare la lotta contro la diffusione dei vettori.

Nel prossimo numero tratteremo più estesamente il problema. ♦

Jo L. Chikungunya in Italy BMJ 2007;335:576.
Per maggiori informazioni: www.zanzaratigreonline.it



congressi

Obesità, la nuova epidemia

Nel giugno 2007 a Rho (nuovo polo fieristico di Milano), nell'ambito della Rassegna Milano Check-Up Medicina-Medical Science Expo 2007, si è svolto il Convegno "Obesità: la nuova epidemia. Prevenzione, Diagnosi e terapia dal bambino all'adulto". Per l'ACP vi ha partecipato Michele Valente, che aveva fatto parte del panel della Consensus Conference sull'obesità in Pediatria (aprile 2005). Gli abbiamo chiesto una nota sulla sua partecipazione.

La qualità dei relatori e delle relazioni è stata di alto livello. Erano presenti anche alcuni giornalisti. Con la stampa esistono ancora difficoltà di "comunicazione"; la loro presenza a convegni medici può costituire un tentativo di miglioramento dei rapporti e una più definita adesione a comuni impostazioni informative.

Per la carta stampata e in particolare per i quotidiani (era presente I. Farnetani), il problema è agganciare la notizia a un evento o a un caso particolare che "buchi"; e forse è questo il motivo per cui le pagine che si interessano di medicina sono sempre più piene di casi di "malasanità" che di notizie con una reale valenza informativa.

In qualità di moderatore in discussione avevo posto l'attenzione su due argomenti: la promozione dell'allattamento al seno (AS) e l'"autodivezzamento", argomento ben caro in sede ACP. In particolare sull'AS avevo puntato l'attenzione sui comportamenti non del tutto corretti e coerenti in molti punti nascita e che in sostanza lo scoraggiano. Mi si è risposto che le madri sono addirittura "stressate" e "colpevolizzate" da tutta una serie di stringenti raccomandazioni sull'allattamento al seno!

Sull'autodivezzamento, anche autorevoli nutrizionisti mi hanno quasi aggredito: si meravigliavano che associazioni autorevoli che tanto bene si spendono per promuovere ed educare le mamme, possano poi delegare a famiglie, che nei fatti dimostrano di "mangiare male", il divezzamento del bambino. Al di là dei modi e dei toni, si può concordare che l'autodivezzamento debba essere inserito in un più ampio colloquio con la famiglia sulle abitudini alimentari e che debba rappresentare un'occasione per far questo. Ma negare il problema proprio non si può.

L'arroccamento su posizioni di "casta" che impartisce pillole di "saggezza su ogni boccone" e sul come farlo per ogni bambino, comporterà il consolidamento di una dipendenza già eccessiva e scientificamente non sostanziata invece di una alleanza educativa e terapeutica con le mamme e le famiglie. Interessante, anche se un po' vago nei tempi e nell'assegnazione di budget, l'intervento della dott.ssa Galeone del Ministero della Salute e del Comitato CCM per l'obesità; ha illustrato le iniziative che a livello di OMS/Ministero/ISS sono in cantiere o già iniziate, tra cui anche una molto interessante tra OMS e Burlo Garofolo, e coordinata da Adriano Cattaneo.

Alla fine si è tentato di riprendere il filo col prof. Saggese e con il prof. Maffei per un'azione coordinata tra SIP, FIMP e ACP per eventi formativi e divulgativi sull'obesità nelle varie realtà regionali del Paese.

Michele Valente

Gli Argonauti... in viaggio

Gli Argonauti, dopo la permanenza in Puglia per sette anni, hanno ripreso a navigare e, attraversando lo Stretto, sono approdati a Capo Peloro; sospinti da un impetuoso vento di scirocco, hanno gradatamente soggiornato sotto i tendoni dei Giardini di Giano e dentro le fortificate mura della Torre degli Inglesi.

Chi c'era sa che è impossibile rendere ai lettori di *Quaderni acp* l'atmosfera e lo spessore dell'incontro.

A chi ha i capelli grigi è tornato in mente Copanello. La lettura di alcuni tra i tanti messaggi inviati dai partecipanti al ritorno a casa può contribuire a rendere l'idea.

– "È stato un convegno bello, con tanti spunti e tante riflessioni e tanti stimoli per andare avanti cercando di fare di più e meglio. C'è stato anche un clima (non intendo atmosferico, anche se questo aspetto è andato bene, lo scirocco è durato poco!) bello, di forte condivisione, e di questi tempi non è poco! Per quanto mi riguarda, ma dal sentire generale non solo per me, è stata anche una boccata di ossigeno per poter continuare a lavorare".

– "Carissimi, a nome del gruppo ACP Puglia e Basilicata e interpretando un sentire condiviso, sento di dovervi esprimere un ringraziamento per averci offerto l'esperienza degli 'Argonauti VIII'. È

stato un Convegno 'mitico' che rimarrà nella nostra memoria. Quando il vento di scirocco ha iniziato a scuotere la tenda, io e la mia vicina ci siamo sgomitate: il vento in ebraico si denomina 'ruah' e indica contemporaneamente lo 'spirito di Dio'. Il momento era estremamente suggestivo.

Le relazioni sono state tutte importanti e armonizzate a concorrere all'effetto finale di tutto il Convegno. Non dimenticherò Angelo Spataro che lavora a Ballarò, Antonio Pollicino (il pediatra dei Piccoli Rom che lo hanno seguito 'come le paperelle di Lorenz'), lo sguardo sul mondo di Maurizio Bonati, uno che sa andare con un volo alto e lento, come piace a me. Ma ognuno di noi a cena, per strada, sul traghetto, in macchina, parlava di come gli era piaciuto questo o quello. E fra tutti non c'era nulla che ne rimanesse fuori. Un ringraziamento personale per quella prima suite per violoncello solo di Bach. Vi abbraccio o meglio 'vi do un po' di ossitocina': calma, piacere, lenimento da ogni dolore, mutua dipendenza. Parlando per metafore, mi piace pensare che anche il senso di appartenenza sia un forte produttore di ossitocina. E a Messina ce n'era un bel po'. Quel senso di appartenenza che fa legame, ma non vincola, che dà tanta energia e ci rende ricchi di quella piccola grande umanità che abbiamo tutti dentro, che ci fa crescere come quei figli che hanno la 'base sicura' di genitori 'abbastanza buoni'. Grazie per il violoncello e la leggerezza di quelle tenere fanciulle. Che dite, nei nostri studi e non solo, si respirerà più leggerezza e amore?"

– "In quelle ore in cui sono stata a Messina, ho respirato un'aria di grande professionalità, di quella vera, fatta soprattutto di umanità. Alcune relazioni sono state entusiasmanti. Ogni operatore sanitario, ogni donna, ogni uomo dovrebbero ascoltare quelle parole e poi riflettere sul come e perché. Spero davvero di potervi rincontrare".

Per chi non c'era una forte sollecitazione a non perdere il prossimo Convegno Argonauti, ancora in riva allo Stretto.

Educazione Continua in Medicina e Salute dei Cittadini

Un giornata di studio è stata organizzata a Napoli il 25 maggio sul tema: "L'Edu-

controluce

cazione Continua in Medicina e la Salute dei Cittadini". Il ruolo della EMC per migliorare la qualità del lavoro medico e la necessità di una buona pianificazione dell'aggiornamento è stato sottolineato dal prof. Rubino.

Lo stato dell'arte della formazione continua nelle Regioni e nelle Aziende sanitarie è stato delineato da Silvia Boni del Formez che ha presentato il Progetto di governance dei sistemi sanitari regionali. Il dato saliente è che nessuna Regione valuta l'impatto degli eventi sulla salute. Il prof. Fasullo ha poi presentato il libro *Come fare educazione continua in medicina* di A. Pisacane e I. Continisio che affronta il problema della metodologia educativa per la formazione degli adulti in Sanità e di quali compiti hanno nel campo le Aziende sanitarie (si veda a pag. 229).

Luciano Vettore ha evidenziato la necessità di tenere conto del target dell'EMC: l'adulto nell'ambiente sanitario. Le nuove abilità richieste al professionista adulto vanno dalle abilità di prendere decisioni autonome a quelle di lavorare in gruppo, alle capacità di considerare l'etica, alla disponibilità a farsi valutare. L'adulto apprende più dalla propria esperienza che dall'ascoltare gli altri, deve essere responsabile del proprio apprendimento e imparare un metodo per divenire professionalmente capace di risolvere problemi. Bisogna prediligere un approccio problematico, considerando che l'adulto apprende se la sua esperienza è riconsiderata e i nuovi saperi sono integrabili.

Il Sottosegretario del Ministero della Salute, Serafino Zucchelli, ha fatto una breve storia dell'EMC. La commissione EMC verrà rinnovata con maggiore spazio alle professioni vicino al ruolo istituzionale dello Stato e delle Regioni. Sul conflitto di interessi Zucchelli ha detto che, se è corretto e utile che le industrie collaborino, la trasparenza è, però, l'unico modo per ovviare, conoscendoli, i conflitti di interesse.

Il problema della valutazione delle attività di formazione continua è stato affrontato da M. Grandolfo che ha evidenziato come non esista progettazione operativa.

Il progetto di formazione ha senso se serve a progettare insieme una nuova rotta, considerando che, solo se si riducono i differenziali di salute per differenze sociali, la formazione è efficace. Per-

ché non coinvolgere attivamente i cittadini nella formazione in sanità?

Alfredo Pisacane ha poi parlato del finanziamento delle attività formative e il conflitto di interessi, ossia "come danzare con il porcospino senza farsi male". Ha messo in rilievo come le Regioni e le ASL debbano rispettare il finanziamento dell'EMC dell'1% del monte salari complessivo, ma anche che i professionisti della salute dovrebbero pagare parte del loro aggiornamento, come tutti gli altri fanno. Il rapporto con l'industria - secondo Pisacane - va regolamentato attraverso l'Ente terzo o blind trust di garanzia etica e scientifica. L'intera conferenza è scaricabile dal sito: www.ecm.unina.it.

Stefania Manetti

Medicina e Potere Giornata di studio su Giulio A. Maccacaro a trent'anni dalla scomparsa

La giornata di studio sull'eredità di Giulio A. Maccacaro a trent'anni dalla scomparsa si è svolta a Milano non pochi mesi fa, ma riteniamo egualmente utile riportare notizie su questo importante convegno.

"Era un creativo... con una rete molto grande di conoscenze e collegamenti". "Ha dato l'avvio a un'osservazione meno tradizionale della scienza, spesso al servizio del potere più che del progresso". "Ha elaborato una sorta di decalogo, valutato insieme alle mamme, sulla qualità di vita dei bambini in ospedale". Scorrono su un video nell'aula magna dell'Università statale di Milano le testimonianze di chi ha conosciuto G.A. Maccacaro.

Il problema del potere, ha sottolineato S. Spinanti, è presente in prima linea nella bioetica, certamente non risolto da un'utopica accettazione di molteplici punti di vista: Maccacaro non si sarebbe riconosciuto nella bioetica contemporanea. E poi l'informazione, divenuta misura difensiva più che strumento per dare capacità e potere decisionale: il consenso informato è oggi praticato come una misura di autotutela, una delega al medico, che continua a prendere decisioni "dall'alto del campanile".

Alla luce dei suoi insegnamenti, ci sono oggi alcune criticità non eludibili, ha

ricordato A. Liberati, quali lo sbilanciamento nell'agenda di ricerca, la confusione della ricerca con il marketing, la scarsa o nulla voce dei "protagonisti", la crescente pervasività dei conflitti di interesse dei diversi attori, la mancanza di incentivi per chi vuole praticare una medicina della *sobrietà*. L'impegno deve essere, dunque, centrato sul riequilibrio dell'agenda di ricerca, sulla partecipazione come elemento centrale alla produzione di conoscenze scientifiche rilevanti in medicina, su un empowerment sostanziale, con uno sforzo "positivo" per dare voce agli esclusi, per una presa di coscienza di cittadini e rappresentanze, per mettere in luce la parte seria e onesta della professione sanitaria. Liberati e Spinsanti hanno condotto anche una riflessione sul ruolo e sul significato dei comitati etici: nati per regolamentare la ricerca e condividere in medicina decisioni non più "dettate dal campanile". Oggi i comitati etici sono inflazionati (più di 300!) e operanti in totale anarchia: uno non sa cosa fa l'altro, uno stesso protocollo viene approvato qui e respinto là senza scambiarsene le ragioni. L. Mara ha sottolineato ruolo e responsabilità della medicina del lavoro: oggi il computer di processo convive accanto a taciute forme di primitivismo industriale; mancano reazioni ai troppi incidenti sul lavoro; vengono appaltati lavoratori interinali che non sanno nulla di rischi e prevenzione. Si impone una rivisitazione delle conoscenze e del patrimonio scientifico accumulato "sul campo" da G. A. Maccacaro negli anni 1967-77.

G. Masera ha ricondotto a quel periodo storico anche l'attenzione posta per la prima volta sui diritti del bambino, cui dare voce perché diventi un testimone esperto e portatore di bisogni. Accanto a genitori e associazioni è possibile gestire e condividere un modo di lavorare che punti all'eccellenza.

Quale il messaggio dell'insegnamento di G. A. Maccacaro? Una grande attualità degli approcci, accanto alla vecchiaia delle categorie, ha sintetizzato Liberati. Vanno recuperati, soprattutto, la partecipazione come elemento centrale nella produzione di conoscenze scientifiche, la validazione consensuale, la dimensione collettiva, il rapporto del singolo con l'istituzione sanitaria.

Federica Zanetto

Pneumococco: attenzione bersaglio in movimento!

Cari lettori, queste mie poche righe nascono dalla necessità di dividere con voi le mie perplessità su un argomento che ritengo sia di grande rilevanza, soprattutto per le generazioni future.

L'argomento in questione riguarda le resistenze antibiotiche e il rimpiazzo dei sierotipi dello *Streptococcus pneumoniae*, soprattutto nella popolazione dei bambini, dopo l'introduzione del vaccino pneumococcico 7-valente coniugato (PCV-7).

In un recente studio, presso il Children Medical Center di Dallas, nel periodo da gennaio 1999 a dicembre 2005, sono stati identificati 398 casi (51,3% maschi e 48,7% femmine, con un'età media di 22 mesi) di IPD (Invasive Pneumococcal Disease); i sierotipi più frequentemente riscontrati erano il 19 (21%), 14 (15%) 6 (10%), 23 (7%) e 1 (4%). Un totale di 133 (33,4%) casi di queste IPD era causato dai sette sierotipi presenti nel vaccino attualmente in uso [1].

Si rilevava, inoltre, un significativo incremento dei sierotipi non presenti nel PCV-7 dal 1999 fino al 2005 (da 21 casi/100.000 nel 1999 a 59 casi/100.000 nel 2005) ($p < 0.001$). Tra questi sierotipi il 19A presentava una rilevante incidenza da 3,7 casi/100.000 pazienti nel 1999 e 25,2 casi/100.000 pazienti (20 casi isolati) nel 2005, con un incremento dell'85,3% ($p < 0.001$) e un aumento della resistenza agli antibiotici negli ultimi due anni. Altro che condizioni ben identificate, che facilitano la comparsa del fenomeno del "rimpiazzo", come i gruppi a rischio di complicanza, quali per esempio i soggetti con infezioni HIV/AIDS, gli aborigeni australiani, i nativi dell'Alaska ecc.! [2].

Sempre in tema: un altro recente lavoro frutto di un periodo di sorveglianza effettuato nel Massachusetts, da ottobre 2001 a ottobre 2005, riporta l'identificazione di 208 casi di IPD in bambini minori di 5 anni, con una percentuale del 27% dei casi di IPD da sierotipo 19A. La percentuale dei casi di IPD, causati dal fatidico sierotipo 19A (di cui è comparso anche

un clone multiresistente agli antibiotici), aumentavano fino al 44% nel 2005 ($p < 0.001$), mentre le malattie causate dal 19F, contenuto nel vaccino, rimanevano stabili.

A quanto pare, quindi, il problema esiste realmente ed è anche serio, pure se sembra di difficile soluzione; una di queste potrebbe essere per esempio, nei prossimi anni, la disponibilità del vaccino 13-valente, ma poi cosa accadrà? L'ideale sarebbe anche lo sviluppo di nuovi vaccini sierotipo-indipendenti, ma prima tra tutte, per quanto riguarda l'Italia è che, fino a quando nel nostro Paese non si creerà un'opportuna sorveglianza, l'insufficiente conoscenza dei sierotipi circolanti sarà solo motivo di grande preoccupazione.

Rocco Russo

Pediatra specialista ambulatoriale
ASL BN1 Benevento

E-mail: roccorusso@tin.it

[1] Allison F. Messina, et al. Impact of the Pneumococcal Conjugate Vaccine on Serotype distribution and antimicrobial resistance of Invasive *Streptococcus pneumoniae* isolates in Dallas, Texas, children from 1999 through 2005. *Pediatr Infect Dis J* 2007; 26:461-7.

[2] Stephen I. Pelton, et al. Emergence of 19A as virulent and multidrug resistant *Pneumococcus* in Massachusetts following universal immunization of infants with Pneumococcal Conjugate Vaccine. *Pediatr Infect Dis J* 2007;26:468-72.

È come dici: il fenomeno del rimpiazzo esiste ed è un problema serio e in aumento dove è stata introdotta la vaccinazione estesa con l'antipneumococcico 7-valente. E per giunta ci troviamo di fronte a sierotipi resistenti agli antibiotici. Tutto ciò sarà inevitabile finché si useranno vaccini "parziali", che contengono un numero limitato di sierotipi. Anche il 10, l'11 e il 13-valente, annunciati per il prossimo futuro, ci costringeranno a rincorrere i nuovi stipiti emergenti, senza sapere da cosa e quanto saranno protetti, per esempio, i bambini vaccinati in precedenza con il 7-valente. L'unico vaccino in grado di

evitare fenomeni paradossi sarebbe il sierotipo-indipendente, auspicato a suo tempo anche dall'OMS. È in fase di studio, ma si parla di una sua disponibilità tra il 2015 e il 2019. E intanto? Si sente annunciare con enfasi l'introduzione dei vaccini "parziali" addirittura nei Paesi più poveri, dove certo il peso della malattia è infinitamente più alto. Ma sui grandi numeri il fenomeno del rimpiazzo verrà amplificato. E chi lo sorveglierà? Viene il dubbio che quei bambini torneranno a morire per altri sierotipi e per giunta resistenti alla terapia (di cui però non dispongono). Quanto all'Italia, non si può che condividere la tua preoccupazione. Il 7-valente è stato registrato nel 2001 e a tuttoggi (nel 2007!) non abbiamo una sorveglianza nazionale dei sierotipi. Difficile dire contro cosa stiamo vaccinando, da cosa stiamo proteggendo i bambini italiani. L'ACP ha scritto fin dal 2003 una lettera aperta alle Autorità competenti per chiedere (pretendere) la sorveglianza. Stiamo ancora aspettando la risposta ...

Luisella Grandori



Visita il blog di Quaderni acp: <http://quaderniacpmews.blogspot.com/> o <http://www.quaderniacp.it>. Nel blog trovi news, curiosità inattese, appuntamenti, libri e molto altro ancora. Puoi lasciare un commento su ciò che ci trovi scritto o sul Blog stesso. Ti puoi iscrivere per ricevere gli aggiornamenti direttamente nella tua casella di posta elettronica, e altre cose le imparerai frequentandolo.

Quaderni acp Il Blog

bimestrale di informazione politico-culturale e di ausili didattici della
Associazione **C**ulturale **P**ediatr*i*

[Home](#) [La rivista](#) [News](#) [Appuntamenti](#) [Libri](#) [\[Login\]](#)

Ultime...

- [Reazioni avverse a domperidone in età pediatrica](#)
- [Workshop Annuale Network Italiano Promozione Acido Folico Prevenzione Primaria di Difetti Congeniti](#)
- [18° Convegno Nazionale sulla Tutela del Minore](#)
- [A ciascuno il suo libro](#)
- [Doppio sistema sanitario in Venezuela?](#)

sabato 15 settembre 2007



I diritti dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia



3° Rapporto prodotto dal Gruppo di Lavoro per la CRC, coordinato da Save the Children Italia

[Scarica il rapporto](#) - 1,0MB

[Commenta questo post!](#) (0)

Categoria: [News](#) [Link a questo post](#)

mercoledì 12 settembre 2007



Reazioni avverse a domperidone in età pediatrica

L'AIFA ha comunicato che è emersa una maggiore frequenza di segnalazioni di reazioni avverse a domperidone in età pediatrica "relativamente alle supposte della specialità medicinale Peridon, disponibili in Italia solo nella formulazione da 30 mg". Nella banca dati della Rete Nazionale di Farmacovigilanza, si legge nel comunicato dell'Agenzia, sono state infatti evidenziate 45 segnalazioni di reazioni avverse alla specialità medicinale Peridon insorte tra gennaio 2001 e luglio 2007. Di queste, le gravi sono 15 e riguardano 4 adulti e 11 bambini di cui 6 di età inferiore o uguale a 2 anni. Considerando gli 11 casi segnalati nei bambini, in 8 di questi sono state utilizzate le supposte pediatriche, in un paziente di 13 anni le supposte per adulti (60 mg x 3 in un giorno), in 1 caso la formulazione orale, infine in un bambino di 2 anni sono stati utilizzati nello stesso giorno sia la sospensione orale (5 mlx2) sia le supposte pediatriche. In 9 degli 11 bambini le reazioni avverse segnalate sono state di tipo neurologico e risultano attese per il medicinale. Considerata l'età dei pazienti a cui si riferiscono le segnalazioni, il quantitativo di domperidone presente nella confezione di supposte per bambini autorizzata in Italia (30 mg) e la posologia prevista nel riassunto delle caratteristiche del prodotto, emerge un ricorrente uso inappropriato, con esposizione dei bambini a

Ultimo numero



Sottoscrivi il blog via mail

Argomenti e indice analitico

- [Ambiente](#) (3)
- [Annunci](#) (1)
- [Appuntamenti](#) (10)
- [Comunicazioni](#) (3)
- [CSE](#) (2)
- [Diseguaglianze](#) (2)
- [Documenti](#) (2)
- [Farmaci](#) (3)
- [Info: notizie sulla salute](#) (22)
- [Inquinamento](#) (1)
- [Libri](#) (10)
- [Libri per bambini](#) (1)
- [News](#) (75)
- [Newsletter](#) (1)
- [OMS](#) (1)
- [Pediatri per un Mondo Possibile](#) (2)
- [Salute mondiale](#) (1)
- [Specializzandi](#) (1)

Editoriale

- 193 I consultori familiari:
felice intuizione vicina a morire
Giancarlo Biasini

Ricerca

- 194 Studio epidemiologico a Palermo su indicatori di salute e interventi di prevenzione primaria
Giuseppe Primavera, Anna Aloisio, Biagio Amoroso, et al.

Salute pubblica

- 198 Il benessere dei bambini e degli adolescenti nei Paesi ricchi
Giuseppe Cirillo
- 203 I farmaci: inquinanti ambientali ubiquitari
Ettore Zuccato, Sara Castiglioni, Renzo Bagnati, Roberto Fanelli

Organizzazione sanitaria

- 207 La dimissione dall'ospedale. Una proposta della Rete italiana dei Baby Friendly Hospital
Igino Giani

Info

- 210 Nimesulide: attenzione!
- 210 Domperidone: attenzione!
- 210 Il 5% dei fondi a giovani ricercatori
- 210 Il Ddl "Interventi per la qualità del SSN" non è più lui...
- 210 ... ma i MMG sono per nuove forme organizzative
- 210 L'informatizzazione non incide sulla qualità
- 211 I mattoni del Servizio Sanitario Nazionale
- 211 L'AIDS: errori degli epidemiologi?
- 211 Fare con meno
- 211 Industrie e latte formulato su *Lancet*
- 211 No comment
Un latte che... nutre la pelle: che volete di più? Coscia o prosciutto? That is the question

Osservatorio internazionale

- 212 "Save the Children": accanto ai bambini di tutto il mondo per salvaguardarne i diritti
Giusy De Loiro

Aggiornamento avanzato

- 213 Le cure palliative rivolte ai bambini
Franca Benini, Anna Ferrante, Paola Facchin

Leggere e fare

- 218 Di quanto si riduce una malattia eliminando un fattore di rischio?
Roberto Buzzetti, Sergio Conti Nibali

Narrative medicine

- 220 Il medico e le storie
Giorgio Bert

Il caso che insegna

- 222 Un bambino con vomito ricorrente e chetosi
Giuseppe Primavera, Antonio Tedeschi

Vaccinacipi

- 225 Pneumococco: a che punto siamo?
Luisella Grandori

Farmacipi

- 226 Desmopressina nel trattamento dell'enuresi: evitare gli spray
Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra

Film

- 227 Le difficoltà della crescita:
L'estate di mio fratello di Pietro Reggiani
Italo Spada

Libri

- 228 Il pediatra e la famiglia
Silvana Quadrino
- 228 Concepire la nascita
Elisabetta Musi
- 229 Disuguaglianze nella salute nell'infanzia e nell'adolescenza in Campania
Giuseppe Cirillo, Maurizio Bonati, Rita Campi, Enrico Campora, Paolo Siani
- 229 Come fare Educazione Continua in Medicina
Alfredo Pisacane, Isabella Continisio

Nati per Leggere

- 230 Toscana 1. Nati per Leggere
- 231 Toscana 2. Nati per la Musica
- 231 Lazio
- 231 Marche
- 231 E infine Croazia!

Focus

- 232 Sulla efficacia della Educazione Medica Continua: si può fare un bilancio?
Redazione di Quaderni acp

Attualità

- 237 Prima epidemia di Chikungunya in Europa
Mauro Palazzi, Claudio Venturelli

Congressi controllo

- 238 Obesità, la nuova epidemia
- 238 Gli Argonauti... in viaggio
- 238 Educazione Continua in Medicina e Salute dei Cittadini
- 239 Medicina e Potere. Giornata di studio su Giulio A. Maccacaro a trent'anni dalla scomparsa

Lettere

- 240 Pneumococco: attenzione bersaglio in movimento!
Rocco Russo, Luisella Grandori

Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2007 è di 75 euro. Arretrati: 6 euro. 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*, a uno sconto del 50% sulla quota di abbonamento a *Medico e Bambino*, a 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 oppure e-mail: francedessi@fiscali.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.