

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 la scuola



maggio-giugno 2008 vol 15 n° 3

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
May-June 2008; 15(3)

97 Editorial

The *unhappy consciousness*
of the XXI Century Physician
Ernesto Burgio

99 Research

Sleeping position: a comparison between 2002/2005
in Emilia-Romagna region
Luca Ronfani, Simona Di Mario, Chiara Cuoghi

Systemic antibiotic prescription
in family paediatrics health services
*Aurelio Nova, Mario Narducci,
Federica Zanetto, et al.*

112 Public health

Environment decay: are there specific mansions
for general practitioners?
Pio Russo Krauss

115 Health Care System

Children's and adolescents rights in hospital:
the disregarded goals
Giuliana Filippazzi

118 Info

120 From literature to practice

An exercise: analysing a
Randomised Controlled Trial (RCT)
on probiotics treatment of acute diarrhea in children
Laura Reali

124 Current statistics

2007 annual report on the country's welfare system
Giuseppe Cirillo

126 Appraisals

Rheumatic fever: a forgotten disease?
Francesco De Maddi, Paolo Siani

130 Vaccinacipi

How is measles going?
Luisella Grandori

131 Farmacipi

Many news regarding children's drugs
Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra

132 Informing parents

Some information to help children
and parents from Birth to Five
Stefania Manetti, Antonella Brunelli

134 Books

136 Born to read

138 Meeting synopsis

140 Movies

141 ACP News

143 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 Monteferru 6, 09070 Narbolia (OR)
Tel. 078357401; Fax 0783599149
e-mail: francdessi@tiscali.it

Direttore

Giancarlo Biasini
corso U. Comandini 10, 47023 Cesena
e-mail: giancarlo.biasini@fastwebnet.it

Ufficio soci

Via P. Marginesu 8, 07100 Sassari
Cell. 3939903877, Fax 0793027471
e-mail: ufficioci@tiscali.it

Stampa

Stilgraf
viale Angeloni 407, 47023 Cesena
Tel. 0547610201
e-mail: info@stilgrafcesena.191.it

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

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

LA COPERTINA

L'immagine riproduce quella stampata su una
scatola. Germania 1920 ca. Udine, Collezione
Ilda Sello.

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 corredata 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.

La Coscienza Infelice e il medico del XXI secolo

Ernesto Burgio

Pediatra - Comitato Scientifico ISDE Italia (*International Society of Doctors for Environment*)

Parole chiave Medici. Profitto. Sviluppo. Consumi

Parafrasando una delle più famose figure della *Fenomenologia dello Spirito*, quella della *Coscienza Infelice* che “*in sé divisa è così composta che... mentre essa ritiene di aver conseguito la vittoria e la pace, deve immediatamente venir ricacciata*”, potremmo descrivere lo stato della coscienza dell'uomo odierno (e del medico in particolare) come dolorosamente scissa. Sbalorditi, quasi frastornati dagli strabilianti risultati di una tecnologia che ogni giorno fa passi da gigante, sentiamo crescere un'apprensione, un'ansia oscura per gli effetti, potenzialmente devastanti, che questo stesso progresso mostra di poter produrre. E non di rado, proprio quando pensiamo di aver conseguito risultati tali da mettere al sicuro noi e i nostri figli e nipoti dalle sofferenze e dai rischi che la vita su un pianeta ospitale, ma non facile da “governare”, impone, ci troviamo di fronte a difficoltà imprevedute e a problematiche più complesse di quelle che cercavamo di risolvere. In campo biomedico gli esempi di questa affascinante, a volte drammatica, sfida tra uomo e natura non mancano di certo. Non più di 30 anni fa esultammo per quella che importanti ricercatori avevano incautamente interpretato come una definitiva vittoria su microbi e virus (erano gli anni dell'antibiototerapia trionfante e dell'eradicazione di *variola major*, probabilmente il maggior serial killer della storia dell'uomo); ma subito dopo (*retro*)virus (ri)emergenti dalle profondità inesplorate delle foreste africane (e dei nostri stessi genomi) e stafilococchi, bacilli tubercolari, plasmodi falcipari e vibrioni multi-resistenti, convinsero medici e scienziati che, ancora una volta, c'era stato un eccesso di ottimismo e che sarebbe stata necessaria una maggior cautela. Basterebbe ricordare la riflessione di un

microbiologo, scomparso alcuni giorni fa, Joshua Lederberg, secondo il quale l'uomo stava commettendo un errore di fondo nella sua lotta contro batteri e virus, sottovalutando le risorse di questi nostri compagni d'avventura, molto più esperti, adattabili e necessari di noi alla vita stessa della biosfera. Parole sagge, che dovremmo probabilmente tenere in maggior conto quale invito alla cautela e alla misura, anche soltanto nel comunicare ai non addetti ai lavori pregi e difetti, speranze e dubbi connessi a un progresso tecnologico che non sempre dimostriamo di saper controllare. Compito arduo, in una situazione psicologico-culturale in cui i *media* fanno a gara nell'infondere ottimismo e fiducia nel progresso e nel cosiddetto sviluppo, nella convinzione che per il grande Sistema, fondato su produzione, consumo e profitto, che abbiamo imposto al mondo intero, non vi siano nemici peggiori del dubbio e dell'incertezza.

Forse solo in questo modo possono essere comprese, e in parte “*giustificate*”, le periodiche sortite televisive di grandi personalità del mondo della scienza (e dei *media*), tese a rassicurare gli allarmati cittadini circa la possibilità di ridurre praticamente a zero le emissioni di enormi impianti industriali o di inceneritori che bruciano ogni giorno migliaia di tonnellate di rifiuti solidi urbani (e in particolare di plastica, di copertoni usati, di carta stampata e sbiancata col cloro, di imballaggi) e che inevitabilmente immettono in atmosfera e catena alimentare grandi quantità di molecole tossiche e metalli pesanti che, veicolati dal particolato ultrafine all'interno delle nostre cellule, vanno a scombinare l'assetto (epi)genetico del DNA. Difficile pensare che epidemiologi, oncologi, biologi che studiano questi problemi con grande serietà, competenza e onestà intellettuale, siano davvero convinti della possibilità di impedire che gli inquinanti prodot-

ti da questi impianti facciano danni, a volte anche gravi, alla salute. Insensato accusare personalità di grande rilievo, tanto sul piano scientifico quanto su quello umano, di ignoranza o addirittura di corruzione.

Per comprendere alcune affermazioni, forse eccessivamente ottimistiche e rassicuranti, di medici e ricercatori bisognerebbe, dunque, tenere in maggior conto la suddetta *buona regola* della comunicazione *mediatica*, tanto più comprensibile se inserita in una più ampia cornice di pensiero, tuttora dominante, secondo cui sarebbe corretto mettere sul piatto giusto della bilancia la clamorosa riduzione della mortalità (specialmente infantile) degli ultimi due secoli, in larga parte attribuibile a innovazioni importanti come la potabilizzazione dell'acqua e, più in generale, i miglioramenti delle condizioni igieniche, alla grande disponibilità di cibo e, sia pure in misura minore, a farmaci e altri presidi biomedici che contribuiscono a prolungare la vita e a considerare come un prezzo da pagare al “progresso tecnologico” l'incremento di alcune patologie anche gravi o mortali (neoplasie, infarti, *strokes*: del resto più frequenti negli anziani, cioè nei maggiori beneficiari di quel *surplus* di anni di vita che il progresso concede). Ragionamento forse criticabile, ma non privo di una sua razionalità e forza, e condiviso dalla gran parte degli uomini e delle donne che hanno la fortuna di vivere nella parte più ricca e, appunto, “progredita” del mondo. Ragionamento che chiunque pretenda oggi dai maggiori ricercatori e dalle Istituzioni che tutelano la nostra salute una posizione più radicalmente critica nei confronti dei suddetti impianti e di altre fonti di inquinamento, come il traffico veicolare, dovrebbe essere in grado di controbattere con argomenti puntuali e scientificamente fondati, anziché con accuse e contrapposizioni che non giovano a nessuno e che servono

Per corrispondenza:
Ernesto Burgio
e-mail: erburg@libero.it

editoriale

soltanto ad alimentare il fuoco delle polemiche.

Tanto più che, come andiamo inutilmente dicendo e scrivendo da tempo, la letteratura scientifica è sempre più ricca di prove di un'enorme sottostima dei rischi (per l'uomo e per l'intera biosfera) connessi all'inquinamento e in particolare all'utilizzo eccessivo di processi termochimici. E questo per vari motivi. In primo luogo in ragione dei grandi contributi di conoscenza che la biologia molecolare ha messo a nostra disposizione, per comprendere in che modo i suddetti inquinanti penetrino nei tessuti e nel cuore delle cellule e vi si accumulino di generazione in generazione, alterando le principali *pathways* biochimiche e modificandone lo stesso assetto (epi)genetico. In secondo luogo, grazie alle conoscenze derivanti da studi e ricerche interdisciplinari e in particolare alle conferme tossicologiche, tossico-genomiche e biomolecolari di quanto taluni studi epidemiologici avevano permesso di evidenziare circa il legame tra sofferenza fetale (da carenze nutrizionali, alterazioni del micro-ambiente uterino, *stress* materno-fetale) e patologie endocrino-metaboliche, cardio-vascolari e neuro-degenerative dell'adulto.

In estrema sintesi possiamo dire che un numero sempre più consistente di studi conferma la cosiddetta *Barker Hypothesis*, secondo cui una parte considerevole delle patologie croniche che dominano il mondo moderno-ricco avrebbe origine nei mesi cruciali dello sviluppo embrio-fetale e sarebbe connessa a un'alterazione del *programming fetale*, cioè alle trasformazioni epigenetiche difensive, adattative e programmatiche delle cellule che andranno a costituire i tessuti e gli organi-chiave per il controllo omeostatico-metabolico dell'intero organismo e per i rapporti di questo con il mondo circostante: i sistemi neuro-endocrino e immunocompetente. Senza entrare in eccessivi dettagli questo significherebbe che quella che può essere definita la Rivoluzione Epidemica del XX Secolo, consistente in una drammatica riduzione (1950-1980) delle patologie *acute* da cause esogene, infettive e parassitarie, che hanno costituito, per decine di migliaia di anni in quanto *Homo*

sapiens sapiens, per milioni di anni in quanto *primati*, il principale prezzo da noi pagato al processo bio-evolutivo e in una altrettanto drammatica e parallela espansione delle malattie **croniche** da cause endogene (immunomediate, neuroendocrine, neurodegenerative, metaboliche, cardiovascolari), sarebbe connessa alla repentina trasformazione ambientale da noi prodotta: in termini bio-evolutivi i due secoli decorsi dall'inizio della cosiddetta rivoluzione industriale rappresentano una frazione di tempo irrilevante. Si sarebbe evidenziata prima nel "Nord ricco" del mondo e sarebbe in rapida estensione alle aree in via di analogo e spesso più "selvaggio" sviluppo del Sud del pianeta; avrebbe il suo principale momento patogenetico nelle primissime fasi dello sviluppo ontogenetico; sarebbe destinata a una rapidissima quanto pericolosa accelerazione (essenzialmente in ragione della tendenza di molti dei fattori "tossici" implicati a permanere nell'ambiente; al loro accumulo e "bio-magnificazione" in catena alimentare e nei nostri stessi organi, tessuti e cellule; alla possibile trasmissione transgenerazionale del danno gametico e/o del suaccennato assetto (epi)genetico di organi e tessuti chiave).

Bisognerebbe, a questo punto, chiedersi come mai conoscenze così drammaticamente importanti per il futuro nostro e delle generazioni future stentino non solo a diventare patrimonio culturale comune, ma persino a entrare nel bagaglio scientifico di medici e biologi. Certamente gioca un ruolo importante, in questo senso, l'inerzia culturale di un sistema che ancora non vuole o non può, per infiniti motivi, riconoscere la propria impossibilità a perseverare in uno "sviluppo" sempre più chiaramente insostenibile, non solo sul piano economico ed energetico, bensì anche su quello ambientale (chimico-fisico/climatico e quindi biologico e sanitario). Certamente non aiutano le contrapposizioni, le difese corporative, le chiusure pregiudiziali a un confronto tecnico-scientifico sempre più necessario. E forse svolge un ruolo significativo anche il timore che la Conoscenza possa rendere più *Infelice* e scissa la nostra *Coscienza*. ♦

Proposta di ricerca ai soci e ai gruppi ACP

LA GESTIONE DEL BAMBINO CON TESTICOLO RITENUTO: DALLA PRATICA CLINICA ALL'APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA

Il binomio formazione-ricerca nell'area delle cure primarie è sempre stato una delle missioni dell'ACP, mirato a un miglioramento delle conoscenze e competenze dei pediatri.

Solo per citare alcuni esempi di queste ricerche, ricordiamo la valutazione dei bisogni del bambino con patologia cronica, il trattamento del dolore in ambito ospedaliero, i vari studi sulla diagnosi di celiachia prodotti dai gruppi locali, lo studio sul trattamento dell'otite media nel bambino, gli studi sul sonno, gli studi su Nati per Leggere. Sempre in quest'ottica l'ACP propone una ricerca sulla gestione del bambino con testicolo ritenuto, pensato dall'associazione in collaborazione con le cliniche pediatriche di Trieste e Chieti. Su questo problema, oggetto da sempre di discussione, recentemente è stata pubblicata sulla rivista *Medico e Bambino* (2007;26:573-7) la versione italiana riadattata di una recente Consensus (Acta Paediatr 2007;96: 638-43).

Gli obiettivi dello studio sono: descrivere la gestione del testicolo ritenuto nella realtà italiana prima della pubblicazione della Consensus e, nel caso in cui si evidenzia una difformità di comportamento rispetto alle indicazioni riportate dalla suddetta, rivalutare prospettivamente la gestione del testicolo ritenuto dopo la diffusione della stessa. La proposta di ricerca è rivolta a tutti i soci ACP.

Per altre informazioni potete contattare la segreteria per la ricerca che fornirà il protocollo dello studio: giacomo@giacomotoffol.191.it.

La posizione nel sonno: confronto 2002-2005 nella Regione Emilia-Romagna

Luca Ronfani*, Simona Di Mario**, Chiara Cuoghi***

*Servizio di Epidemiologia e Biostatistica, IRCCS Burlo Garofolo e Centro per la Salute del Bambino (CSB)/ONLUS, Trieste

**CeVEAS, Centro per la Valutazione della Efficacia della Assistenza Sanitaria, AUSL di Modena e APeC (Associazione Pediatria di Comunità)

***Pediatria di Comunità, AUSL di Ferrara e APeC (Associazione Pediatria di Comunità)

Abstract

Sleeping position: a comparison between 2002/2005 in Emilia-Romagna region

Objective During the three-yearly survey on breastfeeding prevalence in Emilia-Romagna region, data were collected to investigate the sleeping position of infants living in the region.

Methods This is a prevalence study. A questionnaire on feeding practices and sleeping position was administered to the mothers of the infants visiting the vaccination centres of Emilia-Romagna region for the first and second round of immunisation sessions (at three and five months of age).

Results In total 6290 and 6037 questionnaires were collected respectively in the year 2002 and 2005. In the year 2002 half of the babies were placed in supine position during hospital stay after delivery (52.5%) and at home (52.6%), with significant differences between administrative areas (AUSL). A substantial improvement occurred in the year 2005 in all the different administrative areas (regional rate of supine position-average-: 72.7% in hospital, 64% at home); differences between administrative areas persist. As results from the multivariate analysis, relevant protective factors for being placed in supine position at home are: being placed in supine position in hospital, having received specific information on sleeping position, having participated to antenatal classes, living in specific administrative areas. In 2005 being born from a non Italian mother results to be a protective factor. In both the surveys non Italian mothers receive less information and participate to antenatal classes less frequently than Italian mothers.

Conclusions Even though no structured interventions for SIDS prevention have been implemented in Emilia-Romagna region before the survey conducted in the 2005, the simple collection of the data regarding the sleeping position conducted in 2002 can have increased the awareness of health professionals on the importance of the supine position as a mean to prevent SIDS. The practice on sleeping position adopted in hospitals results to be the main determinant of the practices adopted subsequently at home. Some critical aspects persist: the variation between administrative areas; the barriers to reaching immigrants people.

Quaderni acp 2008; 15(3): 99-105

Key words Sleeping position. SIDS. Emilia-Romagna region. Survey

Obiettivo In occasione della rilevazione triennale della prevalenza dell'allattamento al seno a tre e cinque mesi di vita, promossa dalla Regione Emilia-Romagna, si è voluto verificare in che posizione venivano messi a dormire i lattanti.

Metodo Studio di prevalenza mediante un questionario, sottoposto alle mamme dei bambini che si presentano per la prima e seconda vaccinazione di legge nei servizi di vaccinazione della Regione Emilia-Romagna, volto a indagare il tipo di alimentazione e la posizione nel sonno del bambino.

Risultati Sono stati analizzati 6290 e 6037 questionari rispettivamente nel 2002 e nel 2005. Nel 2002 poco più della metà dei bambini veniva posta a dormire a pancia in su in ospedale (52,5%) e a casa (52,6%), con importanti differenze tra le varie AUSL. Nella rilevazione del 2005 la situazione è nettamente migliorata in tutte le AUSL e quindi come media regionale (posizione supina in ospedale: 72,7%; a casa: 64%); si confermano differenze interaziendali. Come risulta dall'analisi multivariata, i fattori che aumentano la possibilità di essere messi in posizione supina a casa sono: essere messi in posizione supina in ospedale, aver ricevuto informazioni, aver partecipato al corso parto, e azienda di appartenenza. Nel 2005 essere figlio di donna straniera risulta essere un fattore favorente la posizione supina a casa. Le donne straniere ricevono comunque meno informazioni rispetto alla posizione supina e partecipano meno ai corsi parto rispetto alle donne italiane.

Conclusioni Nonostante in Emilia-Romagna non sia stata realizzata prima della rilevazione del 2005 una campagna strutturata di promozione della posizione supina, la semplice rilevazione e diffusione dei dati raccolti nel 2002 possono aver aumentato l'informazione tra gli operatori sanitari e la loro consapevolezza sull'importanza della posizione supina come fattore protettivo nei confronti della SIDS. Le pratiche adottate in ospedale risultano fondamentali, dal momento che vengono in larga misura replicate a casa dalle famiglie. Persistono alcuni punti critici: la disomogeneità interaziendale; la difficoltà nel raggiungere una parte della popolazione straniera.

Parole chiave Posizione nel sonno. SIDS. Regione Emilia-Romagna. Survey

Per corrispondenza:
Chiara Cuoghi
e-mail: c.cuoghi@ausl.fe.it

Introduzione

La SIDS (*Sudden Infant Death Syndrome*) rappresenta nel nostro Paese la prima causa di morte sotto l'anno di vita se si esclude il periodo perinatale [1]. La posizione in cui il lattante viene messo a dormire dai genitori rappresenta il principale fattore di rischio di SIDS su cui è possibile agire [1]. I dati della letteratura dimostrano che il rischio di SIDS è maggiore nei lattanti che vengono posti a dormire in posizione prona rispetto a quelli messi in posizione supina (rischio aumentato da 1,7 a 12,9 volte) [2-3]. Anche la posizione di fianco è un fattore di rischio (rischio aumentato di circa 2 volte) [4]. I Paesi che hanno messo in atto campagne per la promozione della posizione supina (campagne "*Back to sleep*") hanno registrato una drastica riduzione dell'incidenza di SIDS, diminuita dal 90 al 30% a seconda del Paese e della efficacia della campagna [5]. A partire dal 2001 in Italia sono state realizzate campagne informative sulla SIDS che hanno interessato Lombardia, Toscana, Friuli Venezia Giulia e Basilicata. Nell'ambito di queste campagne sono stati raccolti dati epidemiologici sulla posizione in cui i lattanti piccoli vengono messi a dormire dai genitori, da cui emerge che circa la metà dorme a pancia in su prima dell'avvio di interventi specifici [6]. Per la rilevanza riguardo alla salute pubblica di un intervento mirato ad aumentare il numero di lattanti messi a dormire in posizione supina, si è ritenuto utile attuare anche in Emilia-Romagna un'indagine epidemiologica al fine di coordinare azioni preventive. In occasione della rilevazione sulla prevalenza dell'allattamento al seno, realizzata in Emilia-Romagna ogni tre anni e i cui risultati sono stati presentati su questa rivista, sono state poste alcune domande ai genitori sulla posizione nel sonno in ospedale, in occasione della nascita e a casa nelle 24 ore precedenti l'intervista [7-8] (*Box 1*).

Materiali e metodi

Si tratta di una survey, coordinata dal gruppo ACP-APeC (Associazione Pediatria di Comunità) e supportata dalla Regione Emilia-Romagna, realizzata presso i Servizi di Vaccinazione delle Aziende USL della Regione nel periodo novembre-dicembre 2002 e ottobre-novembre

Box 1: SEZIONE DEL QUESTIONARIO RELATIVO ALLA POSIZIONE NEL SONNO DEL BAMBINO

Quando era in ospedale si ricorda in quale posizione dormiva il bambino/a?

A pancia in giù	<input type="checkbox"/>	Di lato	<input type="checkbox"/>	Varie	<input type="checkbox"/>
A pancia in su	<input type="checkbox"/>	Non so	<input type="checkbox"/>		

In quale posizione ha messo a dormire ieri sera il bambino/a?

A pancia in giù	<input type="checkbox"/>	Di lato	<input type="checkbox"/>
A pancia in su	<input type="checkbox"/>	Varie	<input type="checkbox"/>

Qualcuno le ha dato informazioni sulla posizione in cui mettere a dormire il bambino/a? (è possibile indicare più di una risposta)

Niente/nessuno	<input type="checkbox"/>	Programma TV/radio	<input type="checkbox"/>
Parenti	<input type="checkbox"/>	Riviste/quotidiani	<input type="checkbox"/>
Altre mamme	<input type="checkbox"/>	Libri	<input type="checkbox"/>
Ospedale	<input type="checkbox"/>	Internet	<input type="checkbox"/>
Pediatra di famiglia	<input type="checkbox"/>	Materiale informativo per genitori	<input type="checkbox"/>
Altro personale sanitario	<input type="checkbox"/>	Altro	<input type="checkbox"/>

2005. Al momento della prima e seconda vaccinazione obbligatoria (terzo e quinto mese di vita), gli operatori hanno intervistato la madre, o il familiare che accompagnava il bambino, utilizzando un questionario che rilevava: le abitudini alimentari del lattante, la cittadinanza della madre, la frequenza di un corso di preparazione alla nascita, l'AUSL di appartenenza, alcune informazioni sulla posizione nel sonno del lattante (nel punto nascita e a casa), le fonti di informazione dei genitori su questo aspetto. Per ulteriori dettagli sulla metodologia si rimanda alle precedenti pubblicazioni su *Quaderni acp* [7-8].

I questionari compilati sono stati inseriti in un apposito database elettronico, realizzato con il programma EPI INFO (versione 6.04b). Gli obiettivi principali dell'analisi erano identificare le variabili indipendenti associate all'esito "posizione supina a casa nelle 24 ore precedenti l'intervista" e valutare eventuali cambiamenti nella prevalenza dell'esito nelle due rilevazioni successive: la posizione supina in ospedale è stata considerata come l'esposizione principale. Secondariamente si voleva studiare l'eventuale differenza nella frequenza delle variabili analizzate, fra le due sottopopolazioni di madri straniere e madri italiane.

È stata condotta un'analisi univariata e bivariata per identificare le variabili associate alla posizione supina in casa e per valutare le variabili identificate come potenziali confondenti e/o fattori di inte-

razione dell'associazione principale (posizione supina in ospedale e posizione supina in casa). L'associazione fra variabili ed esito, sia globalmente che nei due sottogruppi madri italiane e straniere e nelle due survey successive, è stata misurata con odds ratio e differenze assolute dei rischi, come opportuno, e testata con il test di Mantel Hanzel, considerando significativa una p di valore inferiore a 0,05. L'analisi multivariata è stata condotta con regressione logistica usando il *likelihood ratio test*. L'analisi statistica dei dati è stata effettuata utilizzando i programmi EPI INFO (versione 6.04b) per l'analisi descrittiva e univariata e STATA (versione 9) per l'analisi bivariata e multivariata.

Risultati

Popolazione: caratteristiche generali

Sono stati raccolti in totale 7839 questionari nel 2002 e altrettanti nel 2005. Ne sono stati analizzati rispettivamente 6290 e 6037 relativi alla popolazione di bambini di età compresa fra 61 e 150 giorni di vita (fascia di età prevista nel protocollo della rilevazione triennale regionale). Per le caratteristiche principali della popolazione reclutata e analizzata si rimanda alle precedenti pubblicazioni di *Quaderni acp* [7-8]. Fra i dati principali si segnala che nelle due rilevazioni (2002-2005) la percentuale di donne intervistate che riferisce di aver partecipato a un corso di preparazione alla nascita è rispettivamente di 37% e

TABELLA 1: ASSOCIAZIONE FRA NAZIONALITÀ DELLA MADRE E ALCUNE VARIABILI CONSIDERATE

	2002				2005			
	Italiane n (%)	Straniere n (%)	OR (IC 95%)	p	Italiane n (%)	Straniere n (%)	OR (IC 95%)	p
Corso preparato*								
sì	2206 (40,1)	107 (13,6)	4.2		2012 (40,6)	141 (13,0)	4.5	
no	3277 (59,5)	666 (84,8)	(3,4-5,2)	<0,001	2909 (58,7)	928 (85,5)	(3,8-5,5)	<0,001
Informazioni**								
sì	4644 (84,4)	439 (55,9)	4.2		4437 (89,6)	701 (64,6)	4.7	
no	850 (15,4)	342 (43,6)	(3,6-5,0)	<0,001	515 (10,4)	384 (35,4)	(4,0-5,5)	<0,001
Totale	5505	785			4952	1085		

*dati mancanti nel 2002 = 34, nel 2005 = 47; **dati mancanti nel 2002 = 15, nel 2005 = 0.

35,9% con una riduzione nel tempo non significativa: -1% (da -2,7% a +0,7%, p=0,2369). La frequenza dei parti a domicilio è stabile, pari a 0,1%. La percentuale di donne che ricevono informazioni sulla posizione nel sonno è di 80,8% nel 2002 e 85,1% nel 2005 con un incremento assoluto significativo nella seconda rilevazione: +4,1% (da 2,8% a 5,4%; p<0,001). Le fonti maggiormente citate da cui provengono le informazioni sul sonno sono il personale ospedaliero (circa il 70% delle intervistate nelle due rilevazioni), il pediatra di famiglia (oltre il 30%) e altri professionisti (oltre il 20%). Queste figure vengono citate di gran lunga più frequentemente di ogni altra fonte di informazione (per esempio riviste 5%, internet meno di 1%). La percentuale delle donne straniere è aumentata da 12,5% a 18% con un incremento assoluto pari a +5,5% (da 4,2% a 6,8%; p<0,001). I gruppi più rappresentati sono quello dell'Europa dell'Est, pari a 35,1% del totale delle straniere nella rilevazione del 2005 (in prevalenza Albania e Romania), e quello dell'Africa, pari a 32,8% delle straniere nel 2005 (in prevalenza Marocco e altri Paesi del Maghreb). Rispetto alle donne italiane, le donne straniere risultano ricevere meno informazioni rispetto alla posizione nel sonno del lattante e partecipano meno ai corsi di preparazione al parto (tabella 1), con differenze legate alla macroarea di provenienza.

Posizione nel sonno

Nel 2002 i neonati messi in posizione supina in ospedale (figura 1) sono pari a

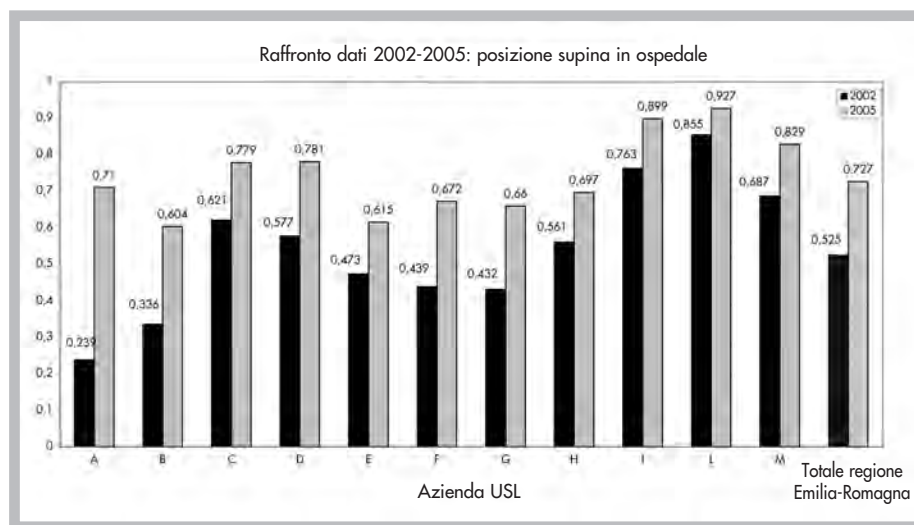
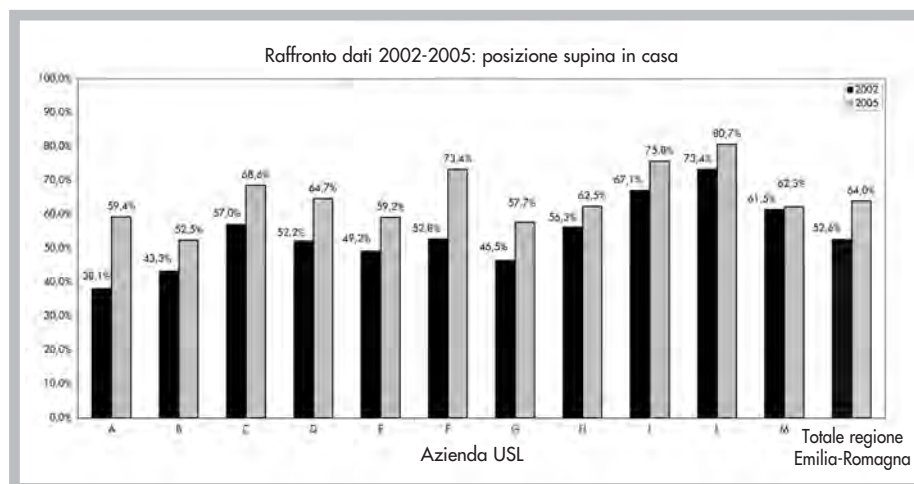
FIGURA 1: CONFRONTO FRA I DATI 2002 E 2005 SULLA POSIZIONE SUPINA IN OSPEDALE; FREQUENZA RIPORTATA PER LE SINGOLE AZIENDE E COME DATO REGIONALE**FIGURA 2: CONFRONTO FRA I DATI 2002 E 2005 SULLA POSIZIONE SUPINA IN CASA; FREQUENZA RIPORTATA PER LE SINGOLE AZIENDE E COME DATO REGIONALE**

TABELLA 2: ASSOCIAZIONE FRA DIVERSE VARIABILI E L'ESITO DI ESSERE MESSO SUPINO NELLE 24 ORE PRECEDENTI L'INTERVISTA: ANALISI UNIVARIATA DEI DATI 2002-2005

	2002				2005			
	Totale n=6290	Supini a casa n=3307			Totale n=6037	Supini a casa n=3871		
	n	n (%)	OR (IC 95%)	p	n	n (%)	OR (IC 95%)	p
Supini in ospedale								
sì	3305	2305 (69,7)	4,6 (4,1-5,1)	<0,001	4390	3260 (74,3)	5,0 (4,4-5,7)	<0,001
no	2985	1002 (33,6)			1647	601 (36,5)		
Nazionalità madre								
italiana	5505	2932 (53,3)	1,2 (1,1-1,4)	0,004	4952	3146 (63,5)	0,9 (0,8-1,0)	0,141
straniera	785	375 (47,8)			1085	715 (65,9)		
Avere ricevuto informazioni								
sì	5083	2822 (55,5)	1,8 (1,6-2,1)	<0,001	5138	3421 (66,6)	2,1 (1,8-2,4)	<0,001
no	1192	480 (40,3)			899	440 (48,9)		
dato mancante	15	-						
Partecipazione al corso preparato								
sì	2313	1408 (60,9)	1,7 (1,5-1,9)	<0,001	2153	1476 (68,6)	1,4 (1,2-1,5)	<0,001
no	3943	1878 (47,6)			3837	2357 (61,4)		
dato mancante	34	-			47	-		
AUSL di appartenenza								
A	498	190 (38,1)	1 riferimento		441	262 (59,4)	1 riferimento	
B	554	240 (43,3)	1,2 (1,0-1,6)		434	228 (52,5)	0,7 (0,6-1,0)	
C	488	278 (57,0)	2,1 (1,7-2,8)		656	450 (68,6)	1,5 (1,2-1,9)	
D	1071	559 (52,2)	1,8 (1,4-2,2)		836	541 (64,7)	1,2 (1,0-1,6)	
E	1265	623 (49,2)	1,6 (1,3-1,9)		1186	702 (59,2)	1,0 (0,8-1,2)	
F	212	112 (52,8)	1,8 (1,3-2,5)	<0,001	293	215 (73,4)	1,9 (1,4-2,6)	<0,001
G	516	240 (46,5)	1,4 (1,1-1,8)		527	304 (57,7)	0,9 (0,7-1,2)	
H	636	358 (56,3)	2,1 (1,6-2,6)		501	313 (62,5)	1,1 (0,9-1,5)	
I	304	204 (67,1)	3,3 (2,4-4,5)		397	301 (75,8)	2,1 (1,6-2,9)	
L	372	273 (73,4)	4,5 (3,3-6,0)		368	297 (80,7)	2,8 (2,1-3,9)	
M	374	230 (61,5)	2,6 (2,0-3,4)		398	248 (62,3)	1,1 (0,8-1,5)	

52,5%; il dato varia nelle diverse aziende della Regione da un minimo di 23,9% a un massimo di 85,5%. Nel 2005 la frequenza media regionale sale a 72,7%; si mantiene una discreta variabilità interaziendale (range 60,4%-92,7%). L'incremento registrato è significativo: +20,2% (da 18,5% a 21,8; $p<0,001$). La frequenza di lattanti messi supini a casa (figura 2) nel 2002 è mediamente 52,6% con una variabilità fra aziende da 38,1% a 73,4%; nel 2005 il dato sale a 64,0% di media con una differenza fra aziende da 52,5% a 80,7%. L'aumento registrato è significativo anche in questo caso: + 11,4% (da 9,7% a 13,1%; $p<0,001$).

TABELLA 3: ASSOCIAZIONE FRA DIVERSE CARATTERISTICHE E L'ESSERE MESSO SUPINO NELLE 24 ORE PRECEDENTI L'INTERVISTA: ANALISI MULTIVARIATA DEI DATI DEL 2002

	2002	
	Supino a casa OR aggiustata (IC 95%)	p
Ha partecipato al corso preparato		
Supino in ospedale	3,4 (2,9-4,1)	<0,001
Aver ricevuto informazioni	1,4 (1,1-2,0)	0,0152
Non ha partecipato al corso preparato		
Supino in ospedale	4,5 (3,9-5,2)	<0,001
Aver ricevuto informazioni	1,4 (1,2-1,7)	<0,001

A causa dell'interazione fra partecipazione ai corsi preparato e l'esito sono stati realizzati due modelli in base alla partecipazione o meno al corso preparato (i due modelli finali includono anche la variabile azienda AUSL di appartenenza).

Nelle *figure 1 e 2* sono riportati anche i confronti 2002-2005 per ogni AUSL sulla frequenza della posizione supina nelle 24 ore precedenti la vaccinazione. Si può notare che le aziende in cui più elevata è la frequenza di posizione supina in ospedale sono quelle con frequenza più elevata di posizione supina a casa, viceversa per le aziende con frequenze più basse. Questa corrispondenza è presente in entrambe le rilevazioni. La frequenza di posizione supina in casa non si riduce nei bambini più grandi (lattanti di cinque mesi rispetto a quelli di tre mesi di età al momento dell'intervista): 52,1% dei bambini di tre mesi e 53,9% di quelli di cinque mesi (OR 1,08; IC 95%: 0,97-1,2; p=0,1712) e 62,9% dei bambini di tre mesi e 66,6% di quelli di cinque mesi (OR 1,17; IC 95%: 1,05-1,32; p=0,0069) nella rilevazione rispettivamente del 2002 e del 2005 vengono messi a dormire supini a casa.

Le analisi univariata (*tabella 2*) e multivariata (*tabella 3, tabella 4*) mostrano che la probabilità di essere messi a dormire supini a casa è influenzata soprattutto dalla posizione supina in ospedale. Altri fattori che contribuiscono ad aumentare la possibilità di essere messi supini a casa sono le informazioni sulla posizione nel sonno, la partecipazione a un corso di preparazione al parto (che, nella rilevazione del 2002, è risultato un fattore di interazione dell'associazione principale), la residenza in una AUSL in cui la frequenza di posizione supina in ospedale è elevata e la nazionalità straniera della madre. Questo ultimo fattore verrà analizzato nel prossimo paragrafo.

Posizione nel sonno e nazionalità

Mentre non si evidenzia alcuna differenza nella probabilità di mettere il neonato supino in ospedale nel sottogruppo di figli di madri italiane e di quelle straniere in alcuna delle due rilevazioni (52,6% delle italiane e 50% delle straniere nel 2002; 73,2% delle italiane e 71% delle straniere nel 2005), per quanto riguarda la posizione in culla del lattante a casa si notano delle differenze. Nel 2002 i lattanti di madri italiane hanno maggiori possibilità di essere messi supini: 53,3% degli italiani, 47,8% degli stranieri. La differenza, anche se in termini assoluti non drammatica, è statisticamente signifi-

TABELLA 4: ASSOCIAZIONE FRA DIVERSE CARATTERISTICHE E L'ESITO ESSERE MESSO SUPINO NELLE 24 ORE PRECEDENTI L'INTERVISTA: ANALISI MULTIVARIATA DEI DATI DEL 2005

	2005	
	Supino a casa OR aggiustata (IC 95%)	p
Supino in ospedale	4,6 (4,1-5,3)	<0,001
Nazionalità straniera	1,5 (1,3-1,7)	<0,001
Aver ricevuto informazioni	1,7 (1,5-2,1)	<0,001
Aver partecipato al corso parto	1,3 (1,1-1,4)	<0,001

Il modello finale include anche la variabile Azienda USL di appartenenza.

BOX 2: POSIZIONE NEL SONNO IN 4 REGIONI ITALIANE (DATI DEL PROGETTO 6+1)

I dati si riferiscono al 6+1, progetto finalizzato dal Ministero della Salute, condotto in 4 aree italiane (Regione Basilicata, Regione Friuli Venezia Giulia, 3 Aziende del Piemonte, 1 Azienda del Veneto). Il 6+1, ideato e promosso dal Centro per la Salute del Bambino, si è posto l'obiettivo di sviluppare una campagna di informazione ed educazione sanitaria rivolta a giovani coppie o neogenitori su alcuni interventi rilevanti per la salute del bambino nel primo periodo di vita.

Attualmente è stato ripreso dal Ministero della Salute come "Genitori più".

Prevedeva una fase di valutazione della campagna attraverso un questionario somministrato a campioni di genitori prima (2001) e dopo (2002) l'intervento al momento della prima vaccinazione. Complessivamente sono stati raccolti 2576 questionari prima dell'intervento e 1785 dopo. I dati riportati si riferiscono alle informazioni raccolte sulla posizione nel sonno del lattante in ospedale e a casa e sono scorporati per Regione.

In **ospedale** il 48% dei bambini reclutati veniva messo a dormire a pancia in su prima dell'intervento. Tale percentuale è salita al 64% dopo.

	Basilicata		FVG		Piemonte		Alto Vicentino	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
Pancia in su	39%	57%	47%	63%	51%	60%	56%	75%
Di lato	52%	38%	43%	26%	44%	32%	37%	21%
Pancia in giù	4%	4%	1%	3%	3%	7%	3%	3%
Pos. variab./non so	5%	1%	9%	8%	1%	1%	4%	1%

Anche **a casa** c'è stato un aumento dei bambini posti a dormire in posizione supina dopo l'intervento (da 45% a 61%).

	Basilicata		FVG		Piemonte		Alto Vicentino	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
Pancia in su	43%	61%	47%	63%	47%	57%	43%	58%
Di lato	41%	27%	27%	14%	29%	36%	35%	26%
Pancia in giù	6%	6%	7%	10%	12%	6%	16%	8%
Pos. variab./non so	10%	6%	19%	14%	12%	1%	7%	8%

ficativa: +5,5% (da 1,8% a 9,2%; p=0,004). Nel 2005 la situazione migliora e non si rilevano differenze statisticamente significative nei due sottogruppi: il 65,9% dei figli di madri straniere e il 63,5% dei figli di madri italiane vengono messi a dormire supini in casa (differen-

za assoluta +2,4%, da -0,8% a +5,5%; p=0,1411). Mentre nelle due rilevazioni i figli di donne provenienti da Centro e Sud America e Africa risultano essere messi in culla supini meno frequentemente dei lattanti di donne italiane (OR = 0,3; IC 95%: 0,2-0,5 e OR = 0,6; IC

95%: 0,4-0,7, rispettivamente nel 2002 e OR = 0,7 IC 95%: 0,4-1,1 e OR = 0,7; IC 95%: 0,6-0,9, rispettivamente nel 2005), quelli di donne dell'Europa, Est Europeo e Asia lo sono più frequentemente, in maniera significativa nel 2005 (OR = 2,1; IC 95%: 1,3-3,3; OR = 1,4; IC 95%: 1,1-1,8; OR = 1,4; IC 95%: 1,0-2,0 rispettivamente nelle tre macroaree nel 2005).

Discussione

I dati di prevalenza della posizione supina, sia presso il punto nascita (52,5%) che a casa (52,6%), relativi al 2002 sono simili a quelli raccolti nello stesso periodo nell'ambito del Progetto 6+1, ideato e promosso dal Centro per la Salute del Bambino relativi alla fase pre-intervento (in media 48% in ospedale e 45% a casa) (Box 2) [6]. In realtà, come riportato in tabella 2 ed evidenziato nei due grafici, i dati scorporati per AUSL mostrano una situazione molto disomogenea a livello ospedaliero (OR di 4,5 fra le ASL con più elevata e più bassa frequenza di posizione supina) che si riflette sul comportamento assunto successivamente a casa (OR di 2,8 fra le Aziende USL con più elevata e più bassa frequenza di posizione supina).

Nel 2005 il numero di lattanti messi a dormire a pancia in su è aumentato sensibilmente sia in ospedale (+20%) che a casa (+12%). Il fattore principale che influenza la possibilità di essere messi in posizione supina a casa è l'essere stati messi supini nel punto nascita (dato già rilevato nella ricerca 6+1 e in ricerche effettuate negli USA). Altri fattori protettivi sono aver frequentato corsi parto, aver ricevuto informazioni sulla posizione nel sonno, risiedere in una AUSL a elevato tasso di posizione supina in ospedale (tabella 4). Mentre non c'è alcuna differenza nel ricorso alla posizione supina in ospedale nei due sottogruppi di neonati figli di donne italiane e straniere, l'aumento nell'utilizzo della posizione supina a casa ha riguardato soprattutto le donne straniere. Nel 2002 l'essere straniera si associava a minor frequenza dei corsi parto e minor probabilità di ricevere informazioni riguardo alla posizione nel sonno. È interessante notare che, nonostante questo, nella rilevazione del 2002, una volta che la variabile "madre straniera" venga corretta per le altre variabili inserite nel modello mul-

tivariato (partecipazione al corso parto, ricevere informazioni, azienda USL di appartenenza e soprattutto posizione in cui veniva messo il bimbo in ospedale), non si associa più a una minore propensione a mettere il lattante supino in casa: l'essere figli di donne straniere non è più quindi un fattore di rischio di per sé (tabella 3). Nel 2005 l'essere figli di madre straniera risulta addirittura essere un fattore protettivo rispetto alla pratica di mettere il lattante supino a casa, anche quando l'associazione è corretta per tutte le altre variabili inserite nel modello multivariato (tabella 4) e anche se persiste in questo sottogruppo un minor accesso ai corsi parto e alle informazioni relative alla posizione nel sonno. Una possibile spiegazione è che nel 2005 è aumentata la proporzione di donne straniere provenienti dall'Europa dell'Est e dall'Asia, macroaree geografiche che, come riferito, tendono a posizionare i figli in culla supini più spesso di quanto non facciano le donne italiane; inoltre è possibile pensare che, nel momento in cui la posizione supina in ospedale diventa pratica diffusa (quasi 73% nel 2005), visto il forte impatto che questa variabile ha sulla decisione di mettere il bimbo supino a casa, l'impatto negativo legato alla non frequenza dei corsi parto e alla mancanza di informazioni venga attenuato. Al contrario, nel momento in cui è più raro vedere il neonato supino in ospedale (come nella rilevazione del 2002), il partecipare o meno ai corsi parto diventa invece più importante, tanto da modificare l'effetto che la posizione supina in ospedale ha sulla posizione a casa (il corso parto nella rilevazione del 2002 è risultato infatti essere un fattore di interazione).

Complessivamente il risultato del 2005 in Emilia-Romagna è simile, in termini di aumento assoluto, a quello ottenuto dopo la campagna di informazione ed educazione sanitaria nelle Regioni del Progetto 6+1. In realtà, in Emilia-Romagna, al momento della seconda rilevazione non era ancora stato realizzato un intervento strutturato di promozione della posizione supina: era stata messa in atto una serie di azioni puntiformi di cui però è difficile valutare la penetrazione nel territorio. Certamente la diffusione dei dati raccolti nel 2002 in alcune occasioni a livello regionale (presentazione ai

referenti avvenuta in sede regionale nel giugno 2003, congresso APeC "4 passi nella prevenzione", che si è tenuto a Ferrara il 30 gennaio 2004) e la conseguente discussione possono aver migliorato tra gli operatori sanitari la consapevolezza dell'importanza della posizione supina come fattore protettivo nei confronti della SIDS. Di fatto si assiste a una modificazione del comportamento ospedaliero nei dati raccolti nel 2005, che si riflettono sul comportamento attuato dai genitori a casa.

Nell'interpretare i risultati di questa ricerca bisogna tenerne presente i limiti: si tratta infatti di una survey, in cui viene raccolto un numero limitato di informazioni relative ai determinanti della posizione nel sonno del lattante. È possibile che altri fattori, non compresi nell'intervista, possano influenzare questo comportamento. Il dato stesso dell'azienda USL di appartenenza, che correla con l'elevato tasso di posizione supina sia in ospedale che a casa, potrebbe indicare che l'azienda di appartenenza non sia che un proxy di qualche altro fattore, in grado di influenzare l'esito, non esplicitato. Un altro limite è rappresentato dal fatto che ci si trova di fronte a due sole rilevazioni: sarà interessante vedere se, nella prossima survey del 2008, le tendenze evidenziate in questo studio si riconfermeranno, assumendo quindi maggiore forza informativa. Pur tenendo in considerazione queste limitazioni, possiamo però presentare le seguenti conclusioni:

- ▶ la rilevazione del dato e la comunicazione dello stesso agli operatori sono non solamente essenziali per una corretta programmazione, ma possono essere essi stessi iniziatori di modifiche del comportamento. Questo è probabilmente più facile nel caso in cui gli interventi preventivi da mettere in atto siano semplici e non richiedano risorse aggiuntive. Del resto tutti gli interventi suggeriti nel 6+1 erano presentati come "semplici e sicuramente efficaci".
- ▶ Le pratiche adottate nel pur breve periodo di soggiorno in ospedale al momento della nascita rappresentano un esempio per le famiglie, che tendono a riprodurle. Questa consapevolezza deve rafforzare gli operatori ospedalieri nel perseguire buone pratiche.

- ▶ La disomogeneità fra aziende è un elemento da indagare: dal confronto fra aziende, geograficamente vicine ma distanti nelle pratiche, possono scaturire importanti suggerimenti per la modifica dei comportamenti. Questo confronto ha maggiori possibilità di risultare più convincente e stimolante che quello con realtà lontane e con organizzazioni sanitarie differenti.
- ▶ I corsi preparto, efficaci nell'indirizzare correttamente i comportamenti, sono ancora troppo poco frequentati.
- ▶ Le donne straniere risultano svantaggiate, sia in termini di accesso ai corsi preparto sia in termini di informazioni ricevute. Se questo non provoca uno svantaggio per la posizione nel sonno (la pratica in uso nel Paese d'origine e quanto viene visto in ospedale riescono a modificare l'esito negativo legato alla non partecipazione ai corsi e alla mancanza di informazioni), potrebbe però determinare un danno rispetto ad altri comportamenti preventivi e di salute (come l'alimentazione del neonato, l'esposizione a inquinanti ambientali, la prevenzione degli incidenti).

C'è quindi la necessità di azioni strutturate che, anche sulla base dell'esperienza di precedenti progetti, dovrebbero avere come figure centrali gli operatori sanitari. Nel 2005 è stato creato un gruppo di lavoro regionale, ed è disponibile sul portale del Servizio Sanitario Regionale della Regione Emilia-Romagna l'elenco dei centri e dei referenti della rete regionale per la prevenzione della "Morte improvvisa del lattante (SIDS)", da cui sono scaricabili anche i pieghevoli informativi per i genitori, distribuiti alle Aziende sanitarie da gennaio 2006 [10]. Sono strumenti utili solo se vanno a rinforzare un corretto messaggio fornito nelle varie occasioni di contatto con i genitori a partire già dalla gravidanza e poi nei punti nascita, negli ambulatori dei pediatri di famiglia, nei centri di vaccinazione. Dati non pubblicati relativi alla campagna del Progetto 6+1 realizzata in Friuli Venezia Giulia dimostrano infatti che i migliori risultati si sono ottenuti nelle aree dove c'è stato un coinvolgimento in prima persona degli operatori, dove si è riusciti a fare arrivare un messaggio corretto e uniforme ai genitori in

diversi momenti di contatto con i Servizi e dove i materiali informativi per i genitori non sono stati semplicemente dati loro in mano ma sono stati utilizzati come strumento di comunicazione e di rinforzo di informazioni trasmesse nel corso di un colloquio. ♦

La ricerca è stata eseguita con sole risorse pubbliche. Vi è pertanto assenza di conflitto di interesse.

Ringraziamenti

Si ringraziano le dott.sse Angela Paganelli, Diana Tramonti, Maria Luisa Marcaccio, Elena Castelli e Michela Bragiani della Regione Emilia-Romagna per il supporto organizzativo e il personale sanitario deputato alle vaccinazioni dell'infanzia delle varie AUSL che ha reso possibile questa ricerca.

Per l'inserimento in EPI INFO dei dati dei questionari un grazie particolare a Orietta Mastini, Gino Fanfoni (AUSL Forlì), Roberta Bigazzi (AUSL Cesena), Michela Pola, Roberta Carboni (AUSL Bologna), Paola Rossini, Consuelo Piola (AUSL Ferrara).

Per la collaborazione prestata ai referenti distrettuali per la raccolta dei questionari si ringraziano: Ilario Maffini (AUSL Piacenza), Gianfranco Zambelloni, Achilla Gorni, Ruggero Triani, Daniela Saracchi, Antonio Albarelli (AUSL Parma).
Ciro Capuano, Teresa Fontanesi, Giuliano Bagnoli, Luigi Moscara, Rossella Palmieri, Maria Baroni, Giuliano Bagnoli, Dea Pini, Angelo Cigarini (AUSL Reggio Emilia).
Valter Turchi, Gabriella Tartarini, Giulio Sighinolfi, Claudio Chiossi, Franco Mattei, Irene Ragni, Concetta Contrino, Pierina Furini, Simonetta Partesotti, Teresalda Cappellini (AUSL Modena).
Antonietta Papasodero, Luciana Nicoli, Paola Lenzi, Bernardina Colaiuda, Daniela Rubbini, Isa Ruffilli, Anna Tomesani, Ambra Baldini, Maria Santonicola, Giuseppina Parlato (AUSL Bologna).
Lodovica Veronese (AUSL Imola).
Massimo Cornale, Giuliana Mengoli, Angela Garbini (AUSL Ferrara).
Denise Regazzi, Elena Rambelli, Iolanda Tondini, Mariangela Carpi (AUSL Ravenna).
Anna Maria Baldoni (AUSL Forlì).
Franca Foschi, Fosca Marrone (AUSL Cesena).
M. Grazia Pascucci, Mara Asciano, Anna Pecci, Anna Faetani, Sabrina Presepi (AUSL Rimini).

Bibliografia

- [1] Buzzetti R, Ronfani L. Evidenza sulla SIDS. Medico e Bambino 2000;19:223-33.
- [2] Dwyer T, Ponsonby A-L, Newman NM, et al. Prospective cohort study of prone sleeping position and sudden infant death syndrome. Lancet 1991; 337:1244-7.
- [3] Mitchell EA, Scragg RK, Stewart AW, et al. Results from the first year of the New Zealand cot death study. NZ Med J 1991;104:71-6.
- [4] Fleming PJ, Blair PS, Bacon C, et al. Environment of infants during sleep and risk of the sudden infant death syndrome: results of 1993-5 case-control study for confidential inquiry into stillbirths and deaths in infancy. BMJ 1996;313:191-5.
- [5] Willinger M, Hoffman HJ, Hartford RB. Infant sleep position and risk for sudden infant death syndrome: report of meeting held, January 13 and 14, 1994, National Institutes of Health, Bethesda. Pediatrics 1994;93:814-9.
- [6] Ronfani L, Tamburlini G. Progetto 6+1: valutazione dell'efficacia dell'informazione per la promozione della salute perinatale e infantile. Epicentro, dicembre 2002 (scaricabile al seguente indirizzo Internet: <http://www.epicentro.iss.it/problemi/materno/sei+1.htm>).
- [7] Ronfani L, Cuoghi C. Monitoraggio della prevalenza dell'allattamento al seno nella regione Emilia-Romagna, 1999-2002. Quaderni acp 2006; 13(6):236-40.
- [8] Cuoghi C. Prevalenza dell'allattamento al seno in Emilia-Romagna (1999-2005). Quaderni acp 2007;14:3-5.
- [9] Brenner RA, Simons-Morton BG, Bhaskar B, et al. Prevalence and predictors of the prone sleep position among inner-city infants. JAMA 1998; 280:341-6.
- [10] Contengono informazioni relative ad alcuni comportamenti di prevenzione che hanno dimostrato la loro efficacia per la morte improvvisa del lattante nel primo anno di vita - SIDS (*Sudden Infant Death Syndrome*): far dormire i bambini a pancia in su, sopra materassi rigidi e senza cuscino, seguire la pratica dell'allattamento al seno e mantenerla il più a lungo possibile; far dormire i bambini in ambienti non troppo riscaldati (intorno ai 18-20 gradi); non fumare durante la gravidanza. L'obiettivo della campagna informativa è proprio quello di diffondere queste semplici regole comportamentali, oltre a fornire i riferimenti riguardo alla rete di assistenza e consulenza del Servizio sanitario regionale. L'opuscolo bilingue, dal titolo "Per loro è meglio", è stato realizzato in 12 lingue: italiano e inglese, francese, spagnolo, portoghese, albanese, arabo, cinese, macedone, rumeno, russo, urdu (tanti sono i gruppi linguistici presenti in Emilia-Romagna) per raggiungere anche i genitori stranieri.

Links

www.saluter.it/wcm/saluter/bisogni/consultori/alle_gati_docu/REPORT%202002.pdf
(da cui è scaricabile il report 1999-2002)

www.saluter.it/wcm/saluter/campagne/morte_in_culla.htm

(per i pieghevoli multilingue "Per loro è meglio" per la prevenzione della morte improvvisa del lattante - SIDS - e l'elenco dei centri e dei referenti della rete regionale)

http://www.sanita.fvg.it/ars/specializza/progetti/fr_prevenzione.htm
(per maggiori informazioni sul Progetto 6+1).

La prescrizione antibiotica sistemica nella pratica del pediatra di famiglia

Aurelio Nova, Mario Narducci, Federica Zanetto, Angela Biochini, Salvatore Curto, Laura Mauri, Giuseppina Meregalli, Letizia Rabbone, Luciano Scotti

Pediatrati di famiglia, Associazione Culturale Pediatri Milano e Provincia

Abstract

Systemic antibiotic prescription in family paediatrics health services

Objective In Family Paediatric (FP) practice antibiotics are the most used drugs. The study values antibiotics prescription modalities by FP: active principles, diagnostic and therapeutic pathways, access to health care services and number of patients.

Materials and methods All antibiotic prescriptions have been recorded in Milan, Italy, and in its province by FP paediatricians. All office visits, diagnosis and diagnostic criteria have been recorded including diagnosis of respiratory infections.

Results 35 family paediatricians for 28,215 patients have been enrolled. All paediatricians used rapid antigen detection tests for group A streptococcus and urine dipstick tests; 8 paediatricians used PCR test. During 3,944 days per paediatrician 49,547 accesses were recorded; of these 60% for respiratory infections. In 16% of accesses 7908 prescriptions were made. Every FP with about 800 patients, had a medium of 12 daily office visits, of these 7 for respiratory infections, and 2 with antibiotic prescriptions. Pharyngitis with tonsillitis (26.9%) and acute otitis media (24.4%) have been the most frequent diagnosis. 71.3% of diagnosis were supported just on clinical criteria while 20.8% on self-help. The active principles prescribed have been: amoxicillin (53.2%), amoxicillin+clavulanic acid (18.4%), cefaclor (7.4%), claritromicin (7%) and azitromicin (4.6%).

Conclusions Respiratory infections are responsible both for the great part of antibiotic prescriptions and for office visits; self-help use appears significative. Further studies regarding diagnostic accuracy, self help utilization and prescription appropriateness in regards to respiratory infections are needed.

Quaderni acp 2008; 15(3): 106-111

Key words Paediatric health care services. Antibiotic prescriptions. Self-help. Audit

Obiettivo Gli antibiotici sono il gruppo terapeutico più usato dal Pediatra di Famiglia (PdF). Lo studio valuta l'entità e le modalità della prescrizione degli antibiotici per uso sistemico in relazione al principio attivo, alla diagnosi e al numero dei pazienti assistiti.

Materiali e metodi I PdF dell'Associazione Culturale Pediatri Milano e Provincia hanno registrato gli antibiotici prescritti in due mesi, la diagnosi, il criterio diagnostico; hanno registrato il numero delle visite per malattie acute e, fra queste, quelli per Infezioni Respiratorie (IR).

Risultati Hanno partecipato alla ricerca 35 PdF con 28.215 pazienti; tutti i pediatri utilizzavano un test rapido per SBEGA e lo stick urine, 8 utilizzavano anche il test per la PCR. In 3944 giorni/pediatra ci sono stati 49.547 accessi; il 60% per IR. Sono state effettuate 7908 prescrizioni nel 16% degli accessi. In media un pediatra con 800 assistiti ha avuto 12 accessi/giorno, di cui 7 per IR, e ha effettuato 2 prescrizioni antibiotiche. Le diagnosi più frequenti: faringo-tonsillite (26,9%) e otite media acuta (24,4%). Il criterio clinico ha supportato il 71,3% delle diagnosi, il self help il 20,8%. I farmaci prescritti sono stati: amoxicillina (53,2%), amoxicillina+acido clavulanico (18,4%), cefacloro (7,4%), claritromicina (7%) e azitromicina (4,6%).

Conclusioni Nella pratica ambulatoriale del PdF hanno grande rilevanza le IR sia per gli accessi che per la prescrizione di antibiotici; significativo è l'uso del self-help. Sono auspicabili ulteriori studi nel campo delle infezioni delle vie aeree riguardo all'accuratezza diagnostica, all'utilizzo del self-help e all'appropriatezza prescrittiva.

Parole chiave Pediatria ambulatoriale. Prescrizione antibiotica. Self-help. Audit

Introduzione

La prescrizione di farmaci ha una parte rilevante nell'attività del Pediatra di Famiglia (PdF): il Rapporto ARNO-Pediatria 2003 [1], che ha analizzato le prescrizioni di un intero anno di farmaci dispensati dal Servizio Sanitario Nazionale in un'ampia popolazione pediatrica, riporta che il 63% dei soggetti in esame ha ricevuto almeno una prescrizione; indagini sulle attitudini prescrittive dei PdF riferiscono che la prescrizione di un farmaco avviene nel 59% delle visite ambulatoriali (Studio APE, 2) o nel 65% dei contatti [3].

Il gruppo terapeutico maggiormente utilizzato è quello degli antibiotici: in un anno riceve almeno una prescrizione di farmaci antibatterici per uso sistemico il 56% della popolazione in esame secondo lo stesso Rapporto ARNO, il 41% secondo altri studi recenti in ASL del Veneto e della Lombardia [4-5]. Gli antibatterici sono prescritti nel 33% delle visite e rappresentano il 28% delle prescrizioni nei due studi sopra riportati relativi alle attitudini prescrittive.

I dati a disposizione dai registri pubblici (di ASL o Regioni) di prescrizione farmacologica non permettono di correlare adeguatamente il principio attivo prescritto al problema clinico causale; in letteratura, nell'ambito delle cure primarie, vi è scarsità di studi che si sono occupati della relazione tra indicazione clinica e trattamento farmacologico, nesso che in genere viene supposto in modo indiretto nell'analisi dei dati [1-5].

In questa ricerca osservazionale prospettica, inserita nel percorso formativo dell'Associazione Culturale Pediatri Milano e Provincia (ACPM) come valutazione critica del proprio operato, i PdF partecipanti si propongono di descrivere specificamente per gli antibiotici il profilo prescrittivo quantitativo e qualitativo, con l'obiettivo di acquisire maggiore consapevolezza del relativo percorso clinico-diagnostico-terapeutico.

Per corrispondenza:
Aurelio Nova
e-mail: aurnova@virgilio.it

ricerca

Materiali e metodi

I soggetti inclusi nello studio sono i PdF della Regione Lombardia facenti parte dell'ACPM che hanno aderito alla ricerca proposta a tutto il gruppo.

Nel periodo 1 gennaio 2005 - 31 luglio 2005 i partecipanti hanno registrato gli antibiotici antibatterici per uso sistemico (Gruppo principale J01 secondo la classificazione anatomico-terapeutico-chimica) prescritti durante la propria attività ambulatoriale.

Quotidianamente il PdF per ogni prescrizione antibiotica registrava, oltre al principio attivo, la diagnosi correlata, il criterio diagnostico, la motivazione di una eventuale terapia intramuscolare, la data di nascita del soggetto destinatario della prescrizione; insieme veniva anche computato il numero di tutti gli accessi per patologia acuta, compresi quelli che non esitavano in una prescrizione antibiotica e, fra questi, quelli relativi a infezioni respiratorie (IVR).

Il termine "criterio diagnostico" esplicitava la modalità con cui veniva effettuata la diagnosi: in base alla sola valutazione clinica, con l'utilizzo del self-help, con l'ausilio di esami ematochimici o di altri esami, su indicazione di colleghi (del Servizio di Continuità Assistenziale, del Pronto Soccorso Ospedaliero, di altre branche specialistiche).

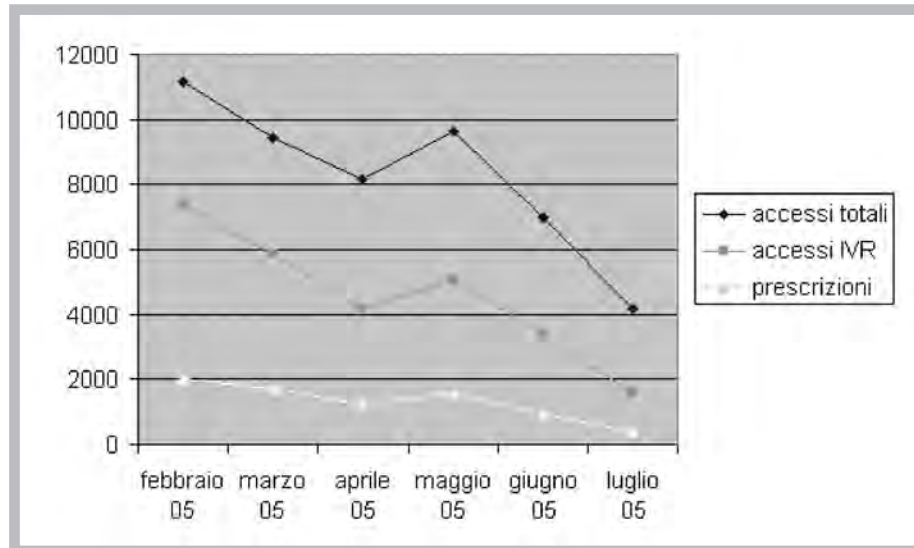
Il PdF faceva riferimento per le diagnosi a un elenco condiviso all'interno del gruppo relativo alle patologie di più frequente riscontro nella pratica ambulatoriale; per i principi attivi si riferiva ai 20 antibatterici per uso sistemico più prescritti secondo il Rapporto ARNO - Pediatria 2003 [1].

Per la registrazione dei dati il PdF si serviva di un semplice supporto informatico (maschera di raccolta con menu a tendina a opzioni pre-impostate), appositamente predisposto utilizzando il programma Microsoft Access, che permetteva quotidianamente, durante la stessa attività ambulatoriale, un veloce inserimento dei dati e mensilmente la formazione di una tabella riepilogativa. I dati così ottenuti sono stati in seguito analizzati utilizzando il programma Microsoft Excel versione 2003.

Sono stati valutati principalmente:

- ▶ il numero totale delle prescrizioni di antibiotico;
- ▶ i principi attivi prescritti;

FIGURA 1: ANDAMENTO NEL TEMPO DEGLI ACCESSI E DELLE PRESCRIZIONI



- ▶ le diagnosi formulate e i criteri diagnostici;
- ▶ la frequenza e le motivazioni della terapia intra-muscolare.

Inoltre sono state analizzate le relazioni:

- ▶ tra le diagnosi e il principio attivo;
- ▶ tra le diagnosi e il criterio diagnostico;
- ▶ tra le prescrizioni e il numero di accessi totale, di infezioni respiratorie e di assistiti.

Risultati

Allo studio, proposto ai 130 soci ACPM, hanno partecipato 35 PdF, di età compresa fra 38 e 55 anni, 27 femmine e 8 maschi, con una popolazione complessiva in carico di 28.215 bambini (media/pediatra 806; min. 601-max. 1008).

La dotazione di self-help era la seguente: tutti i partecipanti avevano a disposizione il test rapido per la ricerca dello SBEGA (TF), 34 lo stick delle urine (SU), 8 il test rapido per la determinazione della PCR, 4 l'otoscopia pneumatica, 2 il test per le agglutinine a frigore, 2 il microscopio per l'esame delle urine, 2 la camera di Burkner per la conta dei leucociti. Le tipologie più frequenti a disposizione erano: TF+SU nel 66% dei pediatri e TF+SU+PCR nel 17%; un solo PdF era dotato di tutti gli ausili summenzionati.

Nel corso dello studio (3944 giorni, media/pediatra 112,7; min. 89-max. 146) sono stati registrati 49.547 accessi (me-

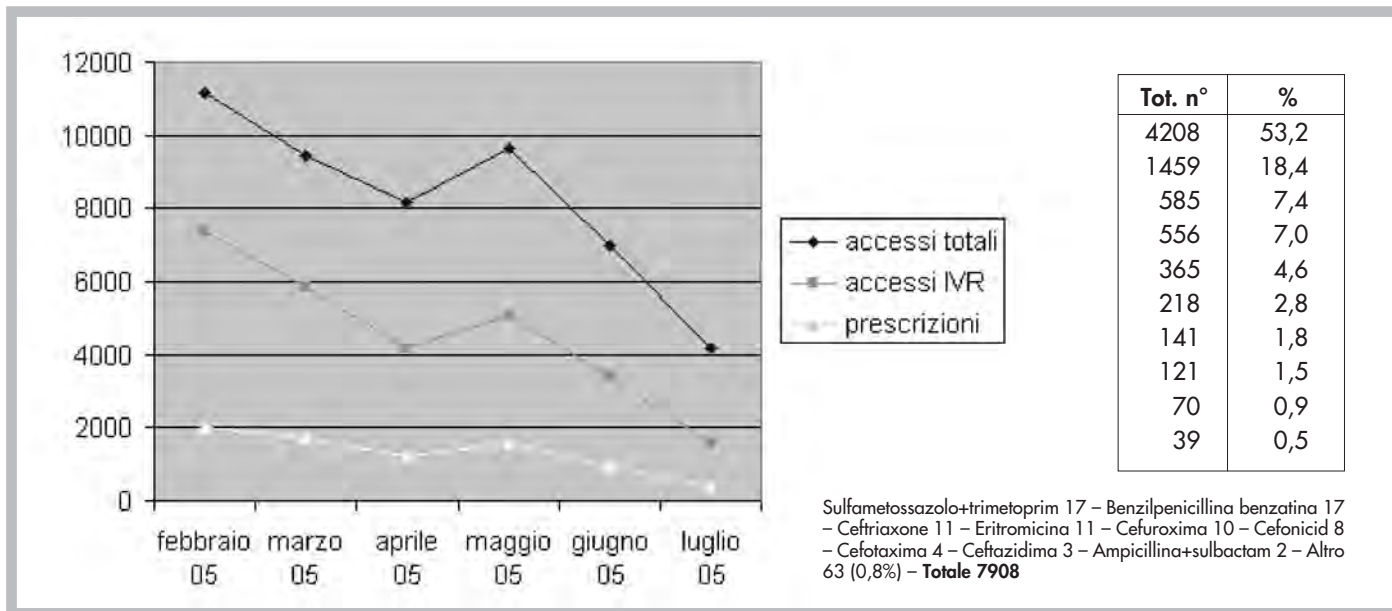
dia/pediatra 1415,6; mediana 1401; min. 609-max. 2317), di cui 27.443 per infezioni delle vie respiratorie (media/pediatra 857,6; mediana 64; min. 415-max. 1816), pari al 60% degli accessi totali. Le prescrizioni antibiotiche totali sono state 7908 (media/pediatra 225,9; mediana 219; min. 65-max. 504), effettuate nel 16% degli accessi totali.

Pertanto, in media, ogni giorno un PdF con 800 assistiti ha avuto circa 12 accessi, di cui 7 per infezioni respiratorie, e ha effettuato 2 prescrizioni antibiotiche. Nei sei mesi di studio il numero medio di accessi per bambino è stato di 1,75, di cui circa 1 per infezioni respiratorie, e un assistito su quattro ha ricevuto un trattamento antibiotico (dati indicativi in quanto non viene tenuto conto dell'entità degli accessi dei singoli assistiti). Gli accessi totali, quelli per infezioni delle vie respiratorie e le prescrizioni, hanno mostrato un decremento analogo e regolare da febbraio ad aprile; a un nuovo picco di tutti e tre i parametri, rilevato nel mese di maggio, è poi seguito un calo costante fino al termine dello studio, a fine luglio (figura 1).

La prescrizione è stata più alta il lunedì (27% del totale), è diminuita progressivamente durante la settimana fino al giovedì (16,2%) e ha avuto un nuovo picco il venerdì (20,3%).

Il 74,7% delle prescrizioni ha riguardato i bambini di età ≤ 6 anni, con una distribuzione crescente (dal 7,7% sotto l'anno fino al 14,4% all'età di 4 anni) e un suc-

FIGURA 2: DISTRIBUZIONE GENERALE E PER CLASSE DI ETÀ DEI DIECI PRINCIPI ATTIVI PIÙ PRESCRITTI



cessivo calo costante (dal 10,9% e 6,7% rispettivamente a 5 e 6 anni all'1,4% a 13 anni). Le diagnosi maggiormente formulate sono state: faringotonsillite (FT) (2131 volte pari al 26,9% del totale), otite media acuta (OMA) (1926-24,4%) e bronchite (1268-16%). Le prime dieci diagnosi (riportate in *tabella 1*) erano rappresentate da infezioni delle vie respiratorie e costituivano il 90% dell'intero gruppo.

La FT è stata diagnosticata costantemente durante tutto il periodo di osservazione (con un importante picco a maggio), eccetto nel mese di luglio in cui si assisteva a un netto calo di tutte le patologie. L'andamento delle diagnosi di OMA e di bronchite ha seguito quello della patologia stagionale, con un decremento progressivo da febbraio a luglio e una modesta risalita sempre nel mese di maggio. Al di sotto dei 3 anni la patologia più diagnosticata è stata l'OMA, nelle età successive la FT. Le tre affezioni più frequenti sono state maggiormente diagnosticate nei bambini di 4 e 5 anni; il decremento successivo è stato rapido nei 6-7 anni per l'OMA e la bronchite, più graduale per la FT.

Il criterio diagnostico maggiormente utilizzato è stato quello clinico, 5636 volte, pari al 71,3%; il self-help è stato utilizzato in 1643 casi, pari al 20,8% delle diagnosi effettuate; esami sono stati richiesti 172 volte (2,2%); l'indicazione di colle-

ghi ha portato alla prescrizione di un antibiotico in 412 casi (5,7%). Sono state formulate con l'ausilio del self-help il 62% delle diagnosi di FT, il 53% di quelle di cistite, il 33% di scarlattina, mentre solo il 3% delle diagnosi di OMA e l'1% di bronchite.

I principi attivi più prescritti sono stati nell'ordine: amoxicillina (4208 volte pari al 53,2%), l'associazione amoxicillina+acido clavulanico (1459-18,4%), cefacloro (585-7,4%), claritromicina (556-7%) e azitromicina (365-4,6%); insieme questi cinque antibiotici costituivano oltre il 90% delle prescrizioni. Molto basse le prescrizioni del sulfametossazolo-trimetoprim, di ceftriaxone e di eritromicina; il complesso dei sei principi attivi per via intramuscolare è stato utilizzato 45 volte (0,6% del totale) da 17 PdF, su indicazione clinica nell'80% dei casi. Rispetto ai venti principi attivi di riferimento la lincomicina non è mai stata prescritta (*figura 2*).

Le penicilline sono risultate il sottogruppo chimico-terapeutico più utilizzato (nel 71,9% dei casi), cinque volte di più delle cefalosporine (14,8%) e dei macrolidi (12,3%). All'interno dei rispettivi gruppi l'amoxicillina è stata prescritta tre volte di più dell'associazione con acido clavulanico, il cefacloro una volta su due, la claritromicina e l'azitromicina rispettivamente nel 57% e nel 38% dei casi. Come è visibile sempre nella *figura 2*,

tutti i primi dieci principi attivi, tranne la rokitamicina, sono stati prescritti in maggior misura a bambini di età inferiore a 6 anni, in particolare amoxicillina, cefacloro, cefpodoxima e ceftibuten; questi ultimi due sono stati anche più utilizzati sotto l'anno.

La stratificazione per età non evidenzia sostanziali differenze di tipologia dei dieci principi attivi più prescritti in ogni classe di età: in particolare i primi cinque erano sempre gli stessi antibiotici più utilizzati nell'intera popolazione (tranne sotto l'anno dove il cefixima sostituisce l'azitromicina), con amoxicillina e amoxicillina+acido clavulanico sempre nelle prime due posizioni.

Nella *tabella 1* sono presentate le correlazioni fra diagnosi formulate e principi attivi prescritti. Per il trattamento di ognuna delle dieci patologie più diagnosticate sono stati impiegati in media 12 principi attivi diversi, 17 nell'OMA e 15 nella FT.

L'azitromicina è stato il principio attivo più prescritto nella tosse persistente, l'amoxicillina-acido clavulanico nella broncopneumite (BCP), l'amoxicillina in tutte le altre otto affezioni. Tutti i cinque principi attivi più utilizzati sono stati prescritti in tutte le dieci patologie, tranne amoxicillina+acido clavulanico, non utilizzabile nella tosse persistente.

Con amoxicillina sono stati trattati due terzi dei casi di FT e più della metà di

TABELLA 1: RELAZIONE TRA DIAGNOSI FORMULATE E PRESCRIZIONI EFFETTUATE

Patologia	Diagnosi		Prescrizioni	
	n°	%	Principio attivo	%
Faringotonsillite	2131	26,9	Amoxicillina Amoxi+clavulanico Cefacloro Cefixima Azitromicina Altri (10)	65,1 15,2 8,1 2,8 2,3 6,5
Otite media acuta	1926	24,4	Amoxicillina Amoxi+clavulanico Cefacloro Cefixima Cefpodoxima Altri (12)	52,6 23,4 10,9 3,2 2,6 7,3
Bronchite	1268	16,0	Amoxicillina Claritromicina Amoxi+clavulanico Azitromicina Cefacloro Altri (9)	53 18 13,4 6,4 4,8 4,4
Infez. vie aeree sup.	470	5,9	Amoxicillina Cefacloro Cefixima Amoxi+clavulanico Azitromicina Altri (5)	69,6 6,8 6,6 6,0 3,6 7,4
Bronchite asmatica	338	4,3	Amoxicillina Claritromicina Amoxi+clavulanico Azitromicina Cefacloro Altri (9)	42,0 22,5 14,2 12,4 3,6 5,3
Scarlattina	254	3,2	Amoxicillina Amoxi+clavulanico Cefacloro Claritromicina Azitromicina Altri (4)	68,9 17,3 5,9 2,4 1,6 3,9
Broncopolmonite	251	3,2	Amoxi+clavulanico Claritromicina Amoxicillina Cefpodoxima Azitromicina Altri (6)	33,5 26,3 25,5 3,6 3,2 7,9
Sinusite	206	2,6	Amoxicillina Amoxi+clavulanico Cefacloro Cefpodoxima Azitromicina Altri (7)	51,0 24,8 6,8 4,4 3,9 9,1
Tracheite	146	1,8	Amoxicillina Claritromicina Azitromicina Amoxi+clavulanico Cefacloro Altri (3)	47,3 24,0 13,0 9,6 2,7 3,4
Tosse persistente	134	1,7	Azitromicina Claritromicina Amoxicillina Cefacloro Rokitamicina Altri (3)	52,2 28,4 12,7 3,0 1,5 2,2
Altre	784	10,0		
Totale	7908	100		

quelli di OMA; per entrambe queste indicazioni l'associazione con acido clavulanico e il cefacloro sono stati rispettivamente il secondo e il terzo antibiotico più prescritto, in misura molto inferiore. Nella BCP i principi attivi più utilizzati (nell'ordine amoxicillina+acido clavulanico, claritromicina, amoxicillina) sono stati impiegati in modo più uniforme. In queste tre patologie i tre farmaci più utilizzati coprono complessivamente poco meno del 90% delle prescrizioni ed è stato impiegato il 64,4% degli antibiotici per via intramuscolare; la benzatil-penicillina è stata usata nell'80% delle quindici FT trattate per via i.m., le cefalosporine nel 67% delle nove OMA e il ceftriaxone in tutte le cinque BCP.

Nella *tabella 2* vengono riportati alcuni parametri utili a descrivere la variabilità tra i PdF partecipanti allo studio degli accessi e dell'attitudine diagnostico-prescrittiva. Emerge, tra l'altro, come l'elevato ricorso al self-help si associ con una minima prescrizione di antibiotici: analizzando congiuntamente i dati di ogni singolo medico relativi al diverso utilizzo del self-help come criterio diagnostico e alle prescrizioni di antibiotici/100 accessi totali, emerge una chiara associazione tra l'elevato ricorso al self-help e una minore prescrizione di antibiotici (test della mediana, Chi quadro con 1 GL 6,41, $p < 0,05$).

Discussione

Con questa ricerca osservazionale prospettica tra i pediatri ACPM abbiamo voluto descrivere la prescrizione di antibiotici nella Pediatria di Famiglia; nell'ambito degli studi sulle cure primarie in età pediatrica il nostro lavoro si caratterizza per alcuni aspetti originali:

- ▶ la tipologia: gli stessi pediatri in prima persona hanno osservato e descritto direttamente la loro pratica clinica quotidiana;
- ▶ le dimensioni: la numerosità dei PdF partecipanti e della popolazione in carico, dei giorni di osservazione, e conseguentemente degli accessi, degli eventi morbosi e delle prescrizioni;
- ▶ la specificità: l'attenzione posta, nell'ambito della prescrizione di farmaci, agli antibiotici;
- ▶ le novità: lo studio del percorso clinico-diagnostico, del supporto in esso

del self-help, la descrizione qualitativa e temporale degli eventi morbosi e delle relative terapie;

- l'appartenenza al gruppo culturale: motivazione al continuo miglioramento del proprio "bagaglio" professionale e stimolo all'adesione a uno studio della durata di sei mesi.

Nel nostro studio la prescrizione antibiotica è determinata per oltre il 90% dalla patologia respiratoria, che è causa del 60% degli accessi ed è costituita per oltre la metà dall'insieme di FT e OMA. Il profilo prescrittivo complessivo si caratterizza per un alto impiego di amoxicillina, da solo oltre la metà del totale, e di conseguenza delle penicilline, e per un basso utilizzo di cefalosporine e macrolidi, prescritti cinque volte di meno. Viene confermato il dato dell'abbandono dell'utilizzo di molecole "storiche" quali l'eritromicina a vantaggio di claritromicina e azitromicina, e del sulfametossazolo-trimetoprim. L'uso assolutamente irrilevante di principi attivi per via intramuscolare potrebbe essere dovuto da una parte a una valutazione attenta sia dell'evento morboso sia delle condizioni del malato e dall'altra alla presumibile ospedalizzazione delle forme più gravi.

Nella **tabella 3** confrontiamo i risultati di questa ricerca con quelli di altre descritte in letteratura, seppur con setting differenti: si può affermare che il profilo prescrittivo dei 35 PdF dell'ACPM presenta analogie e differenze [1-11].

In tutti gli studi confrontabili i quattro principi attivi più prescritti sono amoxicillina, l'associazione amoxicillina + acido clavulanico, il cefacloro e la claritromicina, anche se con ordine e percentuali differenti, con le due penicilline nelle prime due posizioni, eccetto che nello studio del Friuli. Oltre a questi due principi attivi nelle prime sei posizioni vi sono sempre due cefalosporine e due macrolidi, eccetto nella ricerca condotta a Lecco nel 2003, dove abbiamo il ceftibuten al posto dell'azitromicina. Confrontando le percentuali dei sei antibiotici più utilizzati nella nostra ricerca con quelle degli stessi principi attivi degli altri studi, notiamo che la nostra prescrizione delle due penicilline è sempre maggiore e di conseguenza sempre minore quella dei successivi quattro antibiotici. Questo dato è confermato nel confronto con lo

TABELLA 2: VARIABILITÀ DI ACCESSI, CRITERI DIAGNOSTICI E PRESCRIZIONI TRA I 35 PdF RICERCATORI

	media	min - max	mediana
Accessi / 100 assistiti	176	79 - 312	159
Accessi IVR / 100 assistiti	97	50 - 210	95
Accessi IVR / accessi totali	55	30 - 82	63
Criterio diagnostico clinico	71,3	18 - 91	74
Criterio diagnostico self-help	20,8	3 - 75	19
Prescrizioni / 100 assistiti	28	7 - 50	26
Prescrizioni / 100 accessi	16	4 - 28	15
Prescrizioni / 100 accessi IVR	29	5 - 45	27

TABELLA 3: CONFRONTO DELLA PRESCRIZIONE DI ANTIBIOTICI NEI DIVERSI STUDI

Principio attivo	ACPM 2005*		ARNO 2003**/(a)		LECCO 2003**/(b)		VENETO 2002*		FRIULI 1998*		PUGLIA 1998*/(c)	
	%	Posiz. rel.	%	Posiz. rel.	%	Posiz. rel.	%	Posiz. rel.	%	Posiz. rel.	%	Posiz. rel.
*prescrizioni; **pezzi												
Amoxicillina	53,2	1	14,4	2	n.d.	1	24,6	2	24,0	1	31,2	1
Amoxi+clavulanico	18,4	2	23,3	1	n.d.	2	26,4	1	15,5	3	13,9	2
Cefacloro	7,4	3	10,4	3	n.d.	3	26,1(x)	-	15,6	2	9	4
Claritromicina	7,0	4	9,1	4	n.d.	4	24,8(y)	-	11,1	4	9,4	3
Azitromicina	4,6	5	7,2	6	n.d.	7	-	-	9,7	5	7,7	5
Cefixima	2,8	6	6,3	7	n.d.	6	-	-	5,4	6	6,2	6
Cefpodoxima	1,8	7	2,3	8	n.d.	9	-	-	0,6	15	-	-
Ceftibuten	1,5	8	5,3	9	n.d.	5	-	-	3,1	8	-	-
Cefprozil	0,9	9	1,3	13	n.d.	11	-	-	-	-	-	-
Rokitamicina	0,5	10	0,8	16	n.d.	8	-	-	1,6	10	-	-
Ceftriaxone	0,1	13	7,3	5	n.d.	10	-	-	-	-	-	-

(a) pezzi/assistito min-max: 1,4-2,0. Ceftriaxone media 5,8
 (b) pezzi/assistito min-max: 1,4-2,4. Ceftriaxone media 6,3
 (c) dati elaborati dal testo
 (x) cefalosporine totali Veneto (ACPM 2005 14,9%)
 (y) macrolidi totali Veneto (ACPM 2005 12,2%)

studio Puglia-Basilicata, i cui risultati, per analogia del disegno, sono i meglio confrontabili con i nostri.

Ne consegue, anche se i dati non sono stati raccolti per una valutazione di appropriatezza prescrittiva, una maggiore aderenza alle principali linee guida a livello nazionale relative al trattamento delle comuni patologie dell'albero respiratorio che indicano quale prima scelta le penicilline, e in particolare l'amoxicillina, come confermato dai dati di trattamento specifici per FT e OMA; la distribuzione più uniforme dei principi attivi impiegati nella BCP può riflettere l'attenzione alla diversa eziologia e gravità di questa patologia nelle diverse età [6-8]. Da segnalare, inoltre, l'utilizzo nella terapia di ciascun quadro morboso, di un

numero eccessivo di principi attivi, in particolare di cefalosporine.

La dotazione di self-help nei partecipanti (solo il TF e lo SU erano a disposizione della totalità dei pediatri) evidenzia che i pediatri ricercatori stanno incominciando ad avvalersi nella pratica ambulatoriale di questi ausili diagnostici. In pratica, allo stato attuale, l'utilizzo del self-help si è dimostrato rilevante solo nella diagnosi di FT anche se in questa patologia il suo impiego dovrebbe essere maggiore alla luce delle più recenti linee guida [9-10]. Non è possibile sapere se l'utilizzo dei test diagnostici abbia influenzato la prescrizione antibiotica, in quanto in questo studio l'uso del self-help è stato registrato e descritto solo quando associato all'utilizzo di antibiotici-

ci e non, anche nei casi in cui non sia stato seguito da tale prescrizione. Sicuramente una maggiore disponibilità e una migliore confidenza con questi strumenti possono essere di grande aiuto nella pratica ambulatoriale per incrementare l'accuratezza diagnostica in un numero più ampio di patologie. Per evidenziare al meglio tutte le variabili in grado di influenzare la prescrizione, è opportuna un'analisi multivariata, non preventivata in questa ricerca e che è nostra intenzione eseguire nei prossimi studi.

Questo studio è stato di sicuro interesse perché ha dato l'opportunità da una parte al singolo PdF partecipante di definire e contestualizzare il proprio comportamento diagnostico-prescrittivo rendendone possibile una valutazione di accuratezza e appropriatezza, dall'altra all'intero gruppo di definire e implementare meglio adeguati percorsi formativi.

Abbiamo verificato con questa ricerca che l'ambito oggetto delle maggiori attenzioni in relazione alla prescrizione antibiotica debba essere quello delle infezioni respiratorie, soprattutto le più frequenti; inoltre la sempre maggiore possibilità di avvalersi nell'attività quotidiana del self-help e il riscontrato grado di aiuto nella formulazione della diagnosi meritano ulteriore promozione nella Pediatria di Famiglia con nuovi studi che ne approfondiscano uso e ruolo nelle diverse patologie.

È in questa direzione che intendiamo impegnarci, per il prossimo futuro, nella ricerca nell'ambito delle cure primarie dell'età pediatrica.

Messaggi chiave

Che cosa già si conosceva

- ▶ la rilevanza della patologia respiratoria in pediatria ambulatoriale;
- ▶ l'abbandono dell'utilizzo di alcuni principi attivi "storici".

Che cosa dice di nuovo questo studio

- ▶ l'analisi del percorso clinico-diagnostico e del supporto del self-help;
- ▶ la relazione tra diagnosi effettuata e trattamento antibiotico prescritto;
- ▶ la descrizione qualitativa e temporale degli eventi morbosi.

Che cosa non dice ancora

- ▶ l'uso e il ruolo del self-help nelle diverse infezioni respiratorie. ♦

Pediatr di famiglia partecipanti

D. Bacchiocchi, E. Ballerini, M.P. Battilana, A. Biolchini, G. Biondelli, F. Bojocchi, M.R. Cajani, L. Case, E. Cazzaniga, R. Cazzaniga, M. Clerici Schoeller, M. Colombo, D. Corbetta, S. Curto, B. Damiani, C. Di Francesco, M.E. Di Pietro, G. Doro, C. Gussoni, G. Lietti, M. Mantegazza, L. Mauri, G. Meregalli, A. Monolo, M. Narducci, A. Nova, M. Petrone, L. Rabbone, A. Saccaggi, E. Sala, L. Scotti, B. Spinelli, M.T. Tartero, M.C. Torrieri, A. Villella.

Elaborazione dati

Roberto Buzzetti, epidemiologo, Rimini.

Bibliografia

- [1] Clavenna A, Bonati M, Rossi E, et al. Il profilo prescrittivo della popolazione pediatrica italiana nelle cure primarie. *Ricerca&Pratica* 2004;120:224-94.
- [2] Sorveglianza Pediatri Sentinella. *Attitudini Prescrittive in Pediatria (APE)*. Istituto Superiore di Sanità, 2004; spes@iss.it.
- [3] Cazzato T, Pandolfini C, Campi R, Bonati M, Gruppo di lavoro ACP Puglia-Basilicata. *Attitudini prescrittive nella Pediatria di Famiglia*. Giornale italiano di Farmacia clinica 2001;15(1):21-5.
- [4] Saugo M, Pellizzari M, Giarno M, et al. Prescrizione di antibiotici sistemici in età pediatrica nell'ULSS n° 4 "Alto Vicentino": fattori legati al bambino e al medico curante. *Medico e Bambino*, pagine elettroniche 2004; 7(7); http://www.medicoebambino.com/index.php?id=RI0407_10.html.
- [5] Clavenna A, Bonati M, Campi R, et al. La prescrizione di farmaci per i bambini e gli anziani nella ASL di Lecco. *Ricerca&Pratica* 2007;135:100-12.
- [6] Gruppo di lavoro sulle linee guida per la prescrizione ambulatoriale degli antibiotici nelle infezioni pediatriche delle vie respiratorie. Azienda USL di Bologna Città, Bologna Sud, Bologna Nord. *Prescrizione ambulatoriale degli antibiotici nelle infezioni respiratorie*. *Medico e Bambino* 2000;7:431-47.
- [7] Agenzia Sanitaria Regione Emilia-Romagna. *Raccomandazioni faringotonsillite*, 2007; http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss.153.htm.
- [8] Agenzia Sanitaria Regione Emilia-Romagna. *Raccomandazioni otite media acuta*, 2007; http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss.154.htm.
- [9] Finish Medical Society Duodecim. *Sore throat and tonsillitis*. In: *EBM Guidelines. Evidence-Based Medicine*. Helsinki, Finland: Duodecim Medical Publications Ltd., 2004.
- [10] Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). *Acute pharyngitis*. Bloomington (MN). Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2005:33.
- [11] Borgnolo G, Simon G, Francescutti C, et al. Antibiotic prescription in Italian children: a population-based study in Friuli Venezia Giulia, north-east Italy. *Acta Paediatr* 2001;90:1316-20.

A nome di tutti i partecipanti alla ricerca comunico la totale assenza di conflitti di interesse nell'utilizzo di strumenti, attrezzature, materiali, e di non avere avuto aiuti di alcun tipo per la formazione della casistica, per la stesura, elaborazione e revisione del lavoro (AN).

AICPAM
Associazione Italiana Consulenti
Professionali in Allattamento Materno

CORSI ON-LINE IN ITALIANO SULL'ALLATTAMENTO MATERNO

L'AICPAM annuncia l'attivazione di una serie di corsi on-line, in italiano, sull'allattamento materno in collaborazione con Health-e-Learning, creatori dei corsi BreastEd. Più di 2500 utenti hanno completato i corsi BreastEd in 27 Paesi del mondo.

La serie dei corsi BreastEd/AICPAM comprende dieci corsi individuali riguardanti tutti gli aspetti principali della lattazione umana più un corso sull'etica.

I corsi sono indicati per gli operatori che lavorano quotidianamente nel campo dell'assistenza a coppie madre-bambino. Il programma completo fornisce una preparazione all'esame IBLCE necessario a diventare consulente IBCLC. Nel 2007 una delle nostre studentesse ha ottenuto il voto più alto di tutta l'Europa.

La formazione on-line permette una flessibilità mai offerta prima. Si può studiare da qualsiasi computer con una connessione internet. I corsi sono suddivisi in moduli e/o argomenti di studio che permettono di studiare molto tempo oppure per quei pochi minuti in un ritaglio di tempo. Si possono ripassare gli argomenti finché non si sono capiti a fondo.

I programmi principali sono facilitati da un esperto nel campo. Si può contattare il tutor facilmente e velocemente e, in più, si possono vedere altri studenti del corso e scambiare idee con loro tramite un forum.

Per ulteriori informazioni, visitare il sito www.aicpam.org

Il degrado ambientale: ci sono compiti per i medici pratici?

Pio Russo Krauss

Settore Educazione sanitaria e ambientale, ASL Napoli 1

Relazione al Convegno Regionale dell'ACP Campania. Napoli, 25-26 gennaio 2008

Abstract

Environment decay: are there specific mansions for general practitioners?

Environment decay has negative effects on health and induces a poor quality of life. In some cases (air or acustic pollution) the link between health and environment has been shown. In other cases there are still doubts. Risk perception often doesn't correspond to its real entity. Information are not supported by scientific evidences and frequently they are aimed to induce allarm or to reassure people. Nevertheless environmental problems induce undoubtful worries. If all this doesn't take shape into useful actions aimed at reducing risk and menace, people may be induced to remove the problem. In other cases the provoked state of anxiety may get people to require from doctors medical prescriptions or laboratory analysis. The possible role of general practitioners and family paediatricians is described in this article.

Quaderni acp 2008; 15(3): 112-114

Keywords Environment. Air pollution. Garbage. Health education

Il degrado ambientale, oltre a determinare una scadente qualità della vita, ha effetti negativi sulla salute. In alcuni casi (inquinamento atmosferico, inquinamento acustico) il nesso tra degrado ambientale e salute è ben dimostrato. In altri il nesso non è dimostrato in maniera incontrovertibile o è dubbio. La percezione del rischio che molte persone hanno non corrisponde alla sua reale entità, anche perché le informazioni ricevute spesso non sono suffragate da evidenze scientifiche e frequentemente hanno lo scopo di allarmare oppure di tranquillizzare. I problemi ambientali comunque destano indubbia preoccupazione. Questa, se non trova la possibilità di concretizzarsi in azioni che le persone reputano utili ad allontanare la minaccia, può spingere a rimuovere il problema oppure a mettere in campo strategie di controllo dell'ansia come, per esempio, chiedere al medico accertamenti clinici e farmaci o anche sollecitare implicitamente discorsi che lo tranquillizzano. L'articolo offre un contributo sul ruolo del medico pratico e del pediatra in questo contesto.

Parole chiave Ambiente. Inquinamento atmosferico. Rifiuti. Educazione alla salute

Molte persone sono preoccupate per gli effetti dell'inquinamento e del degrado ambientale. Tale preoccupazione diviene massima in situazioni di crisi, come quella dei rifiuti in Campania. I cittadini si chiedono a quali rischi sia esposta la loro salute e cosa possano fare per tutelarla. Se lo chiedono soprattutto quando sono disorientati da messaggi fortemente contrastanti o difficilmente interpretabili, amplificati dai mezzi di comunicazione di massa. Esistono delle responsabilità dei medici in questa situazione?

I pediatri sono chiamati, di solito, a far acquisire consapevolezza dei fattori di rischio e a favorire l'acquisizione di conoscenze, atteggiamenti, comportamenti, che promuovano la salute. Tale funzione riguarda solitamente i fattori di rischio comportamentali, che attengono all'individuo e hanno un nesso abbastanza diretto ed evi-

dente con la salute individuale come il fumo, la scarsa attività fisica, l'alimentazione scorretta. In questi casi è la singola persona ad avere potere sul fattore di rischio: può azzerarlo o lasciarlo immutato e ne ha i vantaggi o gli svantaggi.

Diversa è la situazione dei fattori di rischio connessi all'ambiente e al suo degrado. Se il singolo ha comportamenti "ecologici", che minimizzano il proprio impatto sull'ambiente, questo non lo mette al riparo dai rischi. Il singolo sa bene che se smette di fumare riduce il rischio di importanti patologie, ma sa che anche se egli attua comportamenti ecologici corretti non riesce a ridurre la probabilità di ammalarsi per patologie di origine ambientale. Il suo comportamento virtuoso, in questo caso, può essere percepito come inutile di fronte alla persistenza di comportamenti collettivi non salutari. Non potendo fare qualcosa di

significativo per ridurre la minaccia percepita, la preoccupazione non si placa e si cercano altre strategie per contenere l'ansia. Si può allora rimuovere il problema disinteressandosi delle questioni ambientali oppure si può ricorrere al medico per accertamenti clinici, farmaci o parole "tranquillizzanti". Gli studi di psicologia hanno evidenziato che l'ansia e la paura possono svolgere un importante ruolo nel cambiamento dei comportamenti non salutari, nell'acquisizione di nuovi atteggiamenti, ma possono anche determinare chiusura ai messaggi di educazione sanitaria, radicamento nelle convinzioni, peggioramento della relazione medico-paziente. L'esito dipende soprattutto da come viene gestita la comunicazione da parte del professionista della salute. È un campo vasto e complesso che possiamo qui solo tratteggiare.

Il consiglio breve

È importante però realizzare che la preoccupazione per i rischi connessi al degrado ambientale deve essere utilizzata per favorire l'acquisizione di quelle conoscenze, comportamenti, atteggiamenti, competenze che promuovano la salute e che il livello minimo di intervento che possa avere un risultato è quello che in educazione sanitaria viene denominato "consiglio breve". Si tratta innanzitutto di capire la persona che abbiamo di fronte: cosa sa, come pensa, quali opinioni, atteggiamenti, comportamenti ha. Non bisogna certo sottoporre a un interrogatorio il paziente o il genitore, e nemmeno dialogare con lui per lungo tempo (il consiglio breve dura in tutto 3-5 minuti). Si inizierà con una, due domande ("Cosa la preoccupa?", "Lei cosa pensa di questa situazione?" ecc.), poi si forniranno le informazioni e i consigli che si riterranno necessari; quindi si chiederà se qualcosa non è chiara e se si hanno dubbi o domande da porre. Se fosse possibile, sarebbe particolarmente utile consegnare anche un breve scritto sull'argomento.

Il "consiglio breve" ha dimostrato la sua efficacia in vari campi (tabagismo, alimentazione ecc.) e può essere utilmente appli-

Per corrispondenza:

Pio Russo Krauss

e-mail: piorussokrauss@tiscali.it

salute pubblica

cato anche al campo di cui stiamo trattando [1-5].

Quali conoscenze, comportamenti, atteggiamenti, competenze si dovrebbero fare acquisire?

È importante far conoscere i rischi legati alle varie forme di inquinamento e di quali il cittadino si deve preoccupare di più; quali sono le principali sorgenti di emissione e cosa si può fare a livello collettivo e personale per ridurre i rischi. Inoltre bisogna promuovere comportamenti "ecologici" e una partecipazione responsabile alla cosa pubblica. Per favorire tali comportamenti è necessario contrastare l'atteggiamento fatalista e rinunciatario assai diffuso nella popolazione, convincendo le persone che i nostri piccoli gesti non sono inutili. Quest'ultimo obiettivo può essere realizzato facendo comprendere che tante altre persone sono attente ad avere comportamenti ecosostenibili e, quindi, non si è soli e impotenti: le nostre piccole, singole azioni si sommano ad altre e incidono sulla realtà. Inoltre non è vero che "tanto non cambia niente", perché la realtà non è statica ma in continuo mutamento e noi contribuiamo con le nostre scelte a indirizzarla in una direzione o in altre. Sarebbe opportuno poi riuscire a trovare gratificazioni per i comportamenti ecosostenibili, così che si strutturino.

Il degrado ambientale e i rischi per la salute

Inquinamento atmosferico

In termini di degrado ambientale il principale rischio per la salute è determinato da auto, camion e motocicli. I dati dell'APAT (l'Agenzia per la Protezione dell'Ambiente e i Servizi Tecnici) ci dicono che l'inquinamento atmosferico è originato soprattutto dai trasporti: il 43% delle polveri fini (PM_{10}), il 64% degli ossidi di azoto (NO_x) e il 39% dei composti organici volatili (cov) hanno questa origine [6]. Nelle aree urbanizzate il ruolo dei trasporti è molto maggiore: a Napoli, per esempio, i trasporti contribuiscono per il 62% al PM_{10} e per oltre il 90% ai cov [7]. Numerosissimi sono poi gli studi (non solo di tipo trasversale, ma anche di serie storiche, casi-controllo, coorte) che dimostrano un evidente nesso tra inquinamento atmosferico e salute. Tra quelli riguardanti i bambini si possono ricordare [8]:

► Steerenberg (2001): aumento significativo di mediatori nasali dell'infiammazione negli abitanti in aree più inquinate rispetto a quelli di aree meno inquinate;

- Hirsch (1999): aumento significativo di bronchite acuta;
- Oftedal (2003): aumento significativo dei ricoveri ospedalieri per malattie respiratorie nelle giornate di maggiore inquinamento;
- Brauer (2002): aumento delle otiti e affezioni delle prime vie aeree;
- Pershagen (1995) aumento di rischio del 270% (IC 95% 10-680): nei bambini di 1-2 anni per bronchite acuta;
- Northridge (1999): nel 76% degli adolescenti abitanti ad Harlem si rinviene la presenza di 1-idrossipirene, un marker di inquinamento da motori diesel;
- Venn (2001): aumento di episodi di asma;
- Braun-Fahrländer (1992): aumento di episodi di bronchite.

Lo studio MISA-2, che ha riguardato 15 città italiane e che ha indagato gli effetti a breve termine dell'inquinamento atmosferico, stima che le polveri fini determinano ogni anno a Napoli 444 decessi (IC 95% 162-697), 627 ricoveri ospedalieri (IC 95% 459-845), 6235 bronchiti acute (IC 95% 4081-7073) e 6055 (IC 95% 5646-6454) visite al Pronto Soccorso per asma nei bambini (0-14 anni) [9].

Gli studi più accreditati [10-13] forniscono le seguenti stime: per ogni aumento di 10 mcg/m^3 di PM_{10} si ha un aumento di rischio di morte per tutte le cause del 4-6% (IC 1-11%), di tumori al polmone dell'8-14% (IC 2-23%), di episodi di bronchite in età pediatrica del 30-34%.

La normativa vigente prescrive che la media annua delle concentrazioni di PM_{10} non deve superare i 40 mcg/m^3 . Se il livello di inquinamento fosse proprio 40 mcg/m^3 ciò determinerebbe, in una città di circa un milione di abitanti, 1400 morti. Il limite non è quindi molto prudenziale perché è frutto della mediazione di interessi contrastanti, in particolare la tutela della salute da una parte e i profitti del complesso industriale legato al trasporto su gomma dall'altra, per cui la UE ha deciso di posticipare al 2010 l'entrata in vigore di limiti più severi (20 mcg/m^3 di PM_{10}). Questa politica "prudente" dell'UE sui trasporti determina che il 90% dei bambini europei residenti in aree urbane è esposto a livelli di inquinanti atmosferici superiori ai limiti stabiliti dall'OMS [14].

Si consideri, inoltre, che il limite di legge viene superato in non poche città e che il livello di PM_{10} non può essere preso come

unico indicatore di inquinamento atmosferico, perché vi sono situazioni in cui il PM_{10} è a livelli contenuti ma non così altri inquinanti come l'ozono, gli ossidi di azoto e gli ossidi di zolfo. Per tali motivi il numero di decessi dovuto all'inquinamento atmosferico in molte città italiane è purtroppo superiore alla stima di 1400 morti per milione di abitanti.

Discariche

Per ciò che riguarda i rifiuti, i rischi legati alla salute derivanti da discariche e inceneritori, gli studi epidemiologici sulle discariche sono ancora contraddittori [15]. In molti di essi, infatti, sono stati riscontrati eccessi significativi di rischio per diversi tumori (polmonare, vescicale, epatico, della prostata, dello stomaco, dell'utero e leucemie) e per le anomalie congenite cromosomiche e non cromosomiche, in particolare difetti del tubo neurale, dei grandi vasi e dei setti cardiaci. I dati non sono però conclusivi e occorre dire che tali studi sono molto diversi tra loro: alcuni riguardavano discariche di rifiuti urbani, altri di rifiuti tossici, alcuni discariche controllate, altri non controllate. L'Istituto Superiore di Sanità, insieme ad altri enti, ha effettuato, per conto del Dipartimento per la Protezione Civile, uno studio in Campania [16]. In tale studio i Comuni in esame sono divisi in 5 classi di gravità crescente rispetto al fattore "discarica di rifiuti".

Dallo studio emerge che la mortalità generale nei comuni di 5ª classe rispetto a quelli di 1ª classe è del 9% maggiore per gli uomini e del 12% per le donne e che le malformazioni del sistema nervoso nei Comuni di 5ª classe sono dell'84% in più rispetto alla classe 1ª, mentre quelle urogenitali sono dell'83% in più nella 5ª classe rispetto alla 1ª. Tali dati sono stati più volte riportati dai mass-media, ma non sono stati forniti gli indici di confidenza che, per i tumori, sono significativi ma deboli (0%-15%); inoltre il trend medio di crescita del rischio, passando da una classe a quella successiva, è esiguo (del 2%). Per quanto riguarda le malformazioni del sistema nervoso, i dati della 2ª e 4ª classe non sono significativi; il trend è comunque significativo ma dell'8%. L'aumento del rischio di malformazioni urogenitali, invece, è assai rilevante, con un trend di rischio del 14%.

Inceneritori

Gli inceneritori non possono essere pensati né come bombe ecologiche, né come

impianti pressoché privi di impatto. Essi contribuiscono per circa il 10% all'inquinamento da PM₁₀ in Italia [6]. Essendo una fonte puntiforme, a differenza dei trasporti che sono una sorgente diffusa sul territorio, destano maggiore preoccupazione negli abitanti delle zone limitrofe.

La maggioranza degli studi epidemiologici indica un aumento della mortalità per vari tumori nella popolazione che abita nelle vicinanze dell'impianto [17].

L'emissione di diossine avviene in dosi infinitesimali, ma va anche detto che:

- a. le dosi pericolose per la salute sono anch'esse infinitesimali (1,4 pg/kg di peso corporeo; un pg equivale a un miliardesimo di un milligrammo);
- b. si tratta di un composto estremamente stabile che si accumula nella catena alimentare.

La normativa europea prescrive che in ogni metro cubo di fumi emesso da un termovalorizzatore non ci possano essere più di 100 picogrammi di diossine. Questa norma è criticata perché la diossina non è pericolosa in quanto la inspiriamo, bensì perché si deposita sul terreno e sulle piante, si accumula lungo la catena alimentare e quindi viene ingerita dall'uomo. Per tali motivi sarebbe preferibile prescrivere le dosi massime di diossine rilasciate per kg di rifiuti bruciati, come fa la normativa giapponese, che prescrive un limite massimo di 5000 pg/kg di spazzatura bruciata. Tale normativa è stata proposta anche per l'UE ma non accettata, probabilmente perché vari inceneritori europei sarebbero risultati fuori norma.

In conclusione, vi è un sospetto (più forte per gli inceneritori e meno per le discariche) di effetti negativi per la salute, ma i dati degli studi epidemiologici non possono, ora, essere considerati conclusivi. Il documento dell'OMS su tale argomento suggerisce che, poiché c'è un sospetto di nocività, è consigliabile ridurre quanto più è possibile la produzione di rifiuti e incrementare la raccolta differenziata e il riciclaggio [18].

Inquinamento acustico ed elettromagnetico

Riportiamo i dati di una ricerca effettuata a Napoli nel 2001 sull'inquinamento acustico [19]. Nella quasi generalità delle strade il livello sonoro medio (LeqA) era tra 70 e 80 dB di giorno e tra 60 e 78 dB di notte, valori di gran lunga superiori ai limiti di legge, che vanno da 50 dB di giorno a 40 dB di notte per le zone protette (ospedali

ecc.), a 65 e 55 dB per quelle a intensa attività. Tale situazione dipende in primo luogo dal traffico automobilistico (per l'80-90%), poi dalla rimozione dei rifiuti e dal traffico aereo [20]. La situazione non è molto diversa in altre città italiane. Dormire in un ambiente chiassoso (il 28% dei napoletani dichiara di essere svegliato spesso dai rumori e il 35% talvolta), studiare tra i rumori non fa certo bene ai bambini e vi sono ricerche che dimostrano che chi vive in un ambiente rumoroso è maggiormente soggetto all'ipoacusia e alla presbiacusia [20].

I danni alla salute legati all'inquinamento elettromagnetico sono probabili, ma ancora oggetto di discussione: il rischio, tuttavia, sembrerebbe estremamente basso [21].

In conclusione

Bisogna far comprendere ai cittadini che frequentano i nostri ambulatori quali sono i rischi legati al degrado ambientale. I pediatri e i medici devono fornire informazioni corrette sulla nocività delle discariche e degli inceneritori per aiutare i cittadini a fondare le loro opinioni su dati di fatto e non su fantasmi terrorizzanti o tranquillizzanti.

I cittadini dovrebbero essere molto più preoccupati per l'inquinamento atmosferico che per l'inquinamento elettromagnetico o per una discarica di rifiuti. Nella realtà non è così perché la percezione del rischio dipende da molti fattori. Il pediatra è però una fonte autorevole e può fornire poche ma precise informazioni a riguardo, favorendo una più adeguata percezione dei rischi. La principale fonte di inquinamento è il traffico veicolare, e questo va riferito agli assistiti. Va detto che non è possibile gestire correttamente i rifiuti se non si fa un'accurata e costante raccolta differenziata e se non si riduce la produzione dei rifiuti stessi.

La collaborazione dei cittadini è indispensabile per migliorare lo stato dell'ambiente e promuovere la salute. Se si pensa che il 30% degli spostamenti in auto riguarda distanze inferiori a 3 km, cioè percorribili in 30 minuti, e che il 50% degli undicenni, il 72% dei quindicenni e oltre l'80% degli adulti fanno scarsa attività fisica, con tutti i danni che conosciamo bene, non si può non considerare che, se solo percorressimo a piedi queste distanze, daremmo un contributo notevolissimo a due dei principali fattori di rischio della nostra società: l'inquinamento da traffico veicolare e la sedentarietà. ♦

Bibliografia

- [1] Silagy C. Physician advice for smoking cessation (Cochrane review). The Cochrane Library, issue 2, Oxford, 2001.
- [2] Glanz K. Nutrition education for risk factor reduction and patient education: a review. *Prev Med* 1985;14:721-52.
- [3] Campbell MK, De Vellis BM, Strecher VJ, et al. Improving dietary behaviour: the effectiveness of tailored messages in primary care settings. *Am J Public Health* 1994;84:783-7.
- [4] Berg-Smith SM, et al. A brief motivational intervention to improve dietary adherence in adolescents. *Health Education Research* 1999;14:399-410.
- [5] Logsdon DN, Lazaro CM, Meier RV. The feasibility of behavioral risk reduction in primary medical care. *Am J Prev Med* 1989;5:249-56.
- [6] APAT. Annuario dei dati ambientali 2006. www.apat.gov.it.
- [7] APAT. Le emissioni in atmosfera degli inquinanti nelle 24 principali città italiane. APAT, 2006.
- [8] WHO Europe. Health effects of transport-related air pollution, 2005.
- [9] www.epicentro.iss/temi/ambiente/citta.asp
- [10] Pope CA, et al. Lung cancer, cardiopulmonary mortality, and long-term exposure to fine particulate air pollution. *JAMA* 2002 Mar 6;287(9):1132-41.
- [11] Künzli N, et al. Public-health impact of outdoor and traffic-related air pollution: a European assessment. *Lancet* 2000 Sep 2;356(9232):795-801.
- [12] Krewski D, et al. Mortality and long-term exposure to ambient air pollution: ongoing analyses based on the American Cancer Society cohort. *J Toxicol Environ Health A* 2005 Jul 9-23;68(13-14):1093-109.
- [13] Laden F, et al. Reduction in fine particulate air pollution and mortality: extended follow-up of the Harvard Six Cities Study. *Am J Respir Crit Care Med* 2006 Mar 15;173(6):667-72.
- [14] WHO Europe. Children's health and the environment in Europe: a baseline assessment, 2007; www.euro.who.int.
- [15] Linzalone N, Bianchi F. Studi sul rischio per la salute umana in prossimità di discariche di rifiuti: aggiornamento e prospettive. *Epidemiol Prev* 2005 Jan-Feb;29(1):51-3.
- [16] OMS, ISS, CNR, OER, ARPAC. Trattamento dei rifiuti in Campania: impatto sulla salute umana. Rapporto sintetico, aprile 2007.
- [17] Franchini M, Rial M, Buiatti E, Bianchi F. Health effects of exposure to waste incinerator emissions: a review of epidemiological studies. *Ann. Ist. Sup. Sanità* 2004;40(1):101-15.
- [18] WHO. Population health and waste management scientific data and available options, 2007. www.euro.who.int.
- [19] I dati sulla mappatura possono essere richiesti al Servizio Ambiente del Comune di Napoli e sono scaricabili dal sito www.mammeantismog.org.
- [20] Russo Krauss P, et al. "Educational campaign about the plan against the acoustic pollution in Napoli". In: Proceedings of 3rd World Environmental Education Congress: educational paths towards sustainability. Torino, 2006. Una relazione in italiano sulla medesima ricerca è riportata in www.mammeantismog.it.
- [21] WHO. Campi elettromagnetici e salute pubblica. www.who.int/peh-emf/publications/facts/fs322_ELF_fields_italian.pdf.

La Carta dei diritti del bambino/adolescente in ospedale: gli obiettivi disattesi

Giuliana Filippazzi

Senior coordinator EACH - European Association for Children in Hospital

Abstract

Children's and adolescents rights in hospital: the disregarded goals

To achieve the still disregarded goals of the EACH Charta, paediatric wards must encourage and support parents' active and constant participation in their child's care. In the specific an informed participation in decision-making (both in parents and children); pain control/reduction; a child structured environment; free visit time for friends; paediatric units staff adequately trained to meet the child's needs and to communicate with the child and his/her family. The family paediatrician can play a very important role by informing his hospital colleagues about families' non medical complaints during hospitalization.

Quaderni acp 2008; 15(3): 115-117

Keywords Parents. Communication. Environment. Family paediatrician

Per raggiungere gli obiettivi tuttora disattesi per una degenza davvero "a misura di bambino" è indispensabile la presenza attiva di un genitore in ogni momento del ricovero: la partecipazione informata (del bambino e del genitore) nelle decisioni; controllo del dolore; ambiente strutturato a misura di bambino; visite degli amici; personale sanitario con preparazione specifica pediatrica e capace di comunicare efficacemente con il paziente. L'indispensabile coinvolgimento del pediatra di famiglia consente anche di segnalare ai colleghi in ospedale le eventuali carenze non mediche lamentate dalle famiglie durante e dopo il ricovero.

Parole chiave Genitori. Comunicazione. Ambiente. Pediatra di famiglia

Fino agli anni '60 il bambino in ospedale veniva separato dai genitori, per assicurargli un'assistenza ottimale e proteggerlo dal pericolo di infezioni: non si pensava alla sua angoscia per la separazione dai suoi punti di riferimento, famiglia, casa, abitudini, in un ambiente sconosciuto, circondato da estranei.

Alla fine degli anni '60 però il Rapporto Platt e il libro di James Robertson *Your child in hospital* fecero conoscere all'opinione pubblica, non solo britannica, le conseguenze di un ricovero inadeguato alle esigenze globali del bambino: aggressività, regressione, vissuti negativi della malattia, tristezza, depressione, carenze e disarmonie nello sviluppo dell'intera personalità. Le ricerche di psicologi dell'età evolutiva e l'impegno di gruppi di volontariato nei vari Paesi

europei per individuare e rimuovere le cause specifiche di questa inadeguatezza sfociarono nella *Risoluzione del Parlamento Europeo sui diritti dei bambini degenti in ospedale* (maggio 1986). Rappresentanti di associazioni mediche e di volontariato di vari Paesi riuniti nella *European Association for Children in Hospital (EACH)* ne fecero nel 1988 una versione semplificata: la cosiddetta Carta di EACH.

Dopo quasi vent'anni però alcuni obiettivi non sono stati ancora raggiunti pienamente. Fatta la premessa fondamentale che l'assistenza si deve basare non soltanto sulla malattia, ma sul bambino nella sua interezza, vediamo di seguito, punto per punto, come rimediare alle carenze più frequenti, raggruppando gli articoli in base alla tipologia dei problemi.

Ricovero in ospedale solo se indispensabile

Art. 1 - Il bambino deve essere ricoverato in ospedale soltanto se l'assistenza di cui ha bisogno non può essere fornita altrettanto bene a casa o in regime ambulatoriale.

Attualmente, essendo gli ambulatori e gli studi medici chiusi nei giorni festivi e prefestivi, i genitori di un bambino malato devono spesso ricorrere al Pronto Soccorso, che risulta quasi sempre sovraffollato. Per evitare questo inconveniente occorre istituire un'efficiente rete di guardie mediche pediatriche sul territorio, che consentirebbe un primo screening delle urgenze reali e una presa in carico dei casi più semplici, che non richiedono un ricovero, garantendo, così, ai casi più gravi un intervento più tempestivo in ospedale.

Presenza costante di un familiare

Art. 2 - Il bambino in ospedale ha il diritto di avere accanto a sé i genitori o un loro sostituto in ogni momento del ricovero.

Art. 3 - A tutti i genitori deve essere offerta una sistemazione ed essi devono essere incoraggiati a restare accanto al bambino. Per partecipare all'assistenza del bambino devono essere informati sulla routine del reparto. Non devono sostenere costi aggiuntivi o subire perdita di salario.

Attualmente è spesso limitata alla somministrazione dei pasti, igiene, gioco. La presenza di un genitore deve essere consentita e incoraggiata (previa adeguata preparazione!) soprattutto nei momenti più difficili: di notte; durante le terapie e/o gli esami, con o senza anestesia locale o seda-

Si veda, su questo argomento, anche la recensione del libro "Un ospedale a misura di bambino" di Giuliana Filippazzi, pubblicata su Quaderni acp, n. 2, pag. 86.

Per corrispondenza:
Giuliana Filippazzi
e-mail: ffilippazzi@alice.it

organizzazione sanitaria

zione; durante l'induzione dell'anestesia e subito dopo il risveglio; in terapia intensiva. Spesso mancano spazi e adeguate infrastrutture per i genitori: il pernottamento rappresenta ancora il punto più critico. Tutti i reparti devono dotarsi anche del letto per il genitore e devono essere apprestate strutture di accoglienza a prezzi ragionevoli per i genitori residenti fuori città.

Informazione e comunicazione adeguate alla capacità di comprensione del bambino e dei suoi genitori

Art. 4 - Il bambino e i genitori hanno diritto di essere informati in modo adeguato alla loro età e capacità di comprensione. Devono essere adottate iniziative per mitigare lo stress fisico e psichico.

Spiegare con pazienza e chiarezza al bambino e ai genitori quanto si deve fare non è un'inutile perdita di tempo. Per gli stranieri è fondamentale l'assistenza di un mediatore linguistico-culturale che ne conosca non solo la lingua, ma soprattutto la cultura di provenienza. Pazienti o genitori sordi devono poter usufruire di un esperto del linguaggio dei segni. L'informazione deve essere aggiornata costantemente e fornita senza fretta in un ambiente tranquillo da personale capace di comunicare in modo facilmente comprensibile e disposto a ripetere l'informazione fino alla certezza che essa sia stata compresa correttamente dal bambino e dai genitori. Quando stress psicofisico, dolore e sofferenze sono inevitabili, occorre assicurare contatti con psicologi, servizi sociali, con gruppi di auto-aiuto, gruppi di genitori e persone provenienti dalla stessa cultura.

Art. 5 - Bambini e genitori hanno diritto di essere coinvolti nelle decisioni relative al trattamento medico. Ogni bambino deve essere protetto da indagini e terapie mediche non necessarie.

Il coinvolgimento del bambino e della famiglia è la base per un'effettiva alleanza terapeutica, utile sia ai pazienti sia agli operatori sanitari, in quanto ne riduce lo stress.

Art. 8 - Il bambino deve essere assistito da personale con preparazione adeguata a rispondere alle necessità fisiche, emotive e psichiche del bambino e della sua famiglia.

Se il bambino deve essere visitato o curato da personale non pediatrico, il trattamento deve essere eseguito in collaborazione con personale formato e qualificato specificamente per assistere i bambini.

Il personale deve essere in grado di riconoscere tutte le forme di abuso/maltrattamento dell'infanzia e di comportarsi nel modo adeguato.

Art. 9 - Deve essere assicurata la continuità dell'assistenza da parte dell'équipe ospedaliera sia in reparto che dopo il passaggio alla terapia in DH o il ritorno a casa, mediante una buona comunicazione reciproca, che includa anche il pediatra di famiglia.

Art. 10 - Il bambino deve essere trattato con tatto e comprensione e la sua intimità deve essere rispettata in ogni momento.

Occorre saper comprendere che cosa può ledere la sensibilità del bambino o farlo sentire ridicolo e indifeso, o ridurre la sua autostima. Il bambino ha diritto di parlare da solo con il medico, se lo desidera; deve essere informato sinceramente di quanto gli sarà fatto, senza tacergli che potrà provare dolore, ma assicurandogli che verrà fatto di tutto per ridurlo (con creme anestetizzanti o altro), perché possa controllare quanto gli viene fatto o almeno esprimere il suo parere su quanto lo riguarda. Se il bambino stabilisce un rapporto di fiducia con il medico e l'infermiere, l'esperienza del ricovero sarà meno traumatica per lui e meno faticosa anche per il personale curante.

Preparazione psicopedagogica ed elementi basilari della comunicazione devono far parte della formazione permanente di tutti gli operatori sanitari perché possano comprendere e soddisfare le esigenze globali del bambino e contenere le sue ansie, mediante un vero dialogo e non la mera trasmissione di informazioni.

Possibilità di svolgere le attività tipiche dell'età evolutiva: gioco e studio

Art. 6 - I bambini devono essere assistiti insieme a bambini con le medesime esigenze psicofisiche e non devono essere ricoverati in reparti per adulti. Non devono essere posti limiti di età per chi si reca in visita ai bambini degenti.

Poiché l'età pediatrica va da 0 a 18 anni, le esigenze dei pazienti variano secondo le fasce di età. Le sempre crescenti possibilità terapeutiche per i bambini affetti da malattie croniche hanno aumentato notevolmente il numero degli adolescenti ricoverati periodicamente in ospedale. Le carenze "ambientali" da loro segnalate sono:

- ▶ limitazione di attività fisiche, dovuta a spazio insufficiente o alla malattia stessa;
- ▶ giochi e ambienti spesso inadeguati alla loro età;
- ▶ mancanza di privacy.

Occorrono, quindi, spazi separati per attività ricreative adeguate alle esigenze degli adolescenti, ma anche uno spazio isolato, dove ritrovarsi con se stessi. Le limitazioni imposte dalla malattia devono essere compensate con gioco e attività creative, coordinate da animatori professionali. Gli adolescenti vanno incoraggiati a personalizzare la loro camera.

Per mantenere i contatti del paziente con il suo mondo abituale (scuola, compagni di gioco, amici) le visite da parte di fratelli e amici non devono essere limitate secondo l'età del visitatore, ma in base alle condizioni del malato e allo stato di salute dei visitatori.

Art. 7 - Il bambino deve avere piena possibilità di gioco, ricreazione e studio adatti alla sua età e condizione, e deve essere ricoverato in un ambiente strutturato, arredato e fornito di personale adeguatamente preparato.

La durata sempre più breve della maggior parte delle degenze ha ridotto in parte l'importanza dell'attività scolastica in ospedale. Nei casi di degenze medie/lunghe l'attività scolastica costituisce invece un elemento di normalità importante per l'equilibrio psicosociale dei pazienti. Insegnare in ospedale richiede però un'adeguata formazione specifica e molta fantasia per adattare le modalità di insegnamento alle particolari condizioni psicologiche del paziente. Il gioco consente al bambino di conoscere il mondo che lo circonda, di rivivere le proprie emozioni ed esprimere le sue tensioni, diminuendo lo stress e favorendo la guarigione. Ogni reparto deve quindi assicurare ogni giorno ampie possibilità di gioco, con materiale appropriato per le varie età, tempi adeguati e perso-

nale sufficiente e preparato. Nel caso di degenze brevi, quando il gioco è un semplice passatempo, possono bastare animatori volontari, purché non improvvisati; nel caso di degenze medie o lunghe, invece, occorrono animatori di gioco preparati, in grado di osservare il paziente e comprendere attraverso il suo comportamento anche ciò che non esprime verbalmente. Il gioco può essere utilizzato anche per insegnare tecniche non farmacologiche di distrazione e controllo del dolore, particolarmente importanti per bambini oncologici: infatti, evitare la sedazione farmacologica per procedure ripetute a cicli lascia loro più tempo libero per le attività proprie dell'infanzia.

Anche l'ambiente può svolgere un ruolo attivo nella terapia. Colori e decorazioni su pareti e soffitti adeguati a tutti i gruppi di età devono essere previsti in tutte le aree frequentate dai bambini: accettazione, Pronto Soccorso, chirurgia, ambulatori e DH, nelle sale per la visita e per le terapie. Occorre tenere conto non solo dell'arredamento (con colori vivaci ed elementi mobili solidi e

lavabili), ma anche della prospettiva dei bambini piccoli, in particolare sistemando le finestre a livello del suolo, sia verso l'esterno che sulle pareti divisorie, perché il bambino possa guardare fuori senza essere preso in braccio da un adulto o montare su una sedia, e prevedendo spazi verdi visibili dalle finestre basse, perché il bambino si senta più vicino alla natura, simbolo di vita.

Un ambiente accogliente deve essere tale anche per i bambini disabili, che hanno una maggiore dipendenza dal genitore. La struttura del reparto deve quindi assicurare la sua presenza costante accanto al bambino. In chirurgia, gli eventuali presidi (protesi acustiche, occhiali, tutori) devono poter essere usati fino al momento della somministrazione dell'anestesia e vanno rimessi immediatamente appena il bambino riprende conoscenza.

Con questi accorgimenti un ospedale sarà davvero a misura di bambino! ♦

Per approfondimenti

Filippazzi G. Un ospedale a misura di bambino. Franco Angeli, 2004; www.each-for-sick-children.org

Una indagine ACP COME SONO CAMBIATI I REPARTI DI PEDIATRIA?

A che punto è la trasformazione della vita interna dei reparti di Pediatria nel nostro Paese? Sul n. 2 di *Quaderni acp*, a pag. 86, abbiamo recensito un libro sull'argomento e su *Quaderni acp* (2007;14:171-2) abbiamo raccontato l'esperienza della UO dell'Ospedale "Cardarelli" di Napoli. Vorremmo continuare raccogliendo altri esempi e altre notizie. Gli interventi finora raccolti riguardano aspetti **strutturali** (per intenderci, pareti a tinte con colori vivaci e con disegni di personaggi noti ai bambini) o **ambientali** (per l'accoglienza ci sono esperienze di clown in corsia; musica e lettura sono attivi in vari reparti). Vorremmo raccogliere il maggior numero di queste esperienze, conoscerne le motivazioni e il percorso. Sarebbe, infine, interessante sapere se si è pensato a una valutazione del loro impatto sui bambini e i loro genitori. Vi invitiamo quindi a scrivere a redazionequaderni@iscali.it raccontando le vostre esperienze, seguendo per semplicità il format che riportiamo.

UO di Pediatria dell'Ospedale _____ Città _____

Posti letto _____ N° ricoveri anno 2006-2007 _____

Interventi strutturali: no sì specificare: _____

Interventi ambientali: no sì specificare: (clown, lettura, musica, giochi, pet-therapy, altro) _____

Motivazioni che hanno spinto alla realizzazione dell'esperienza _____

Percorso seguito _____

Gli interventi sono stati realizzati coinvolgendo anche i pazienti? no sì

È stata realizzata o è prevista la valutazione dell'intervento? no sì

Funziona la scuola in Ospedale? no sì

Vaccinazione contro il papillomavirus: due morti sospette dopo somministrazione del vaccino Gardasil

Il 25 gennaio l'EMA ha comunicato che due giovani donne sono decedute improvvisamente dopo aver ricevuto il vaccino *Gardasil*. Una delle morti è avvenuta in Austria e l'altra in Germania, ma la causa dei decessi non è stata chiaramente identificata. Queste due morti fanno seguito a quelle di altre tre ragazze (12, 19 e 22 anni), avvenuta negli Stati Uniti, alcuni giorni dopo la somministrazione del vaccino. C'è inoltre da sottolineare che la FDA ha ricevuto anche 28 segnalazioni di aborto spontaneo dopo somministrazione del *Gardasil*. L'EMA ha annunciato che continuerà a monitorare strettamente la sicurezza di *Gardasil*, sottolineando al contempo che i benefici della vaccinazione siano allo stato dell'arte superiori ai rischi associati alla sua somministrazione (fonte: EMA).

Linee di indirizzo nazionali sull'allattamento

L'accordo Governo-Regioni su «Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno» è stato pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 32 del 7-2-2008 - Suppl. Ordinario n. 32. Lo potete trovare nella sezione allattamento al seno del sito dell'ACP (http://www.acp.it/allattamento/GUn32_7-2-2008.pdf).

Congedi parentali: nuove norme

Le nuove regole sono state introdotte con la legge Finanziaria 2008 dal Ministro delle Politiche per la Famiglia, Rosy Bindi, per equiparare il trattamento dei genitori adottivi e affidatari a quello dei genitori naturali in materia di congedi a prescindere dall'età del bambino adottato o affidato. Adesso – con una circolare del 4 febbraio scorso – l'INPS definisce le modalità di fruizione dei congedi. Nel dettaglio, con la nuova normativa è possibile avere il congedo di cinque mesi, a prescindere dall'età del minore adot-

tato (di tre mesi, nel caso dell'affido). I congedi possono essere utilizzati anche prima dell'ingresso del bambino in Italia, nel caso delle adozioni internazionali, quando la coppia si reca all'estero per perfezionare le procedure adottive. In tutti i casi le nuove disposizioni si applicano sia per i minori adottati nel 2008 sia per quelli adottati nel 2007 (purché tuttavia non siano decorsi i cinque mesi dall'inizio dell'adozione o dell'affido). Circa il congedo parentale, anche i genitori adottivi o affidatari possono fruirne entro i primi otto anni dall'ingresso del minore nel nucleo familiare, indipendentemente dall'età del bambino nel momento dell'adozione o dell'affidamento, e comunque non oltre il compimento della maggiore età. Al padre lavoratore spetta il congedo di paternità alle stesse condizioni previste per la madre, per tutta la durata del congedo di maternità o per la parte residua, in alternativa alla madre lavoratrice che vi rinuncia anche solo parzialmente (<http://www.bambinonaturale.it/detail.asp?IDN=355&IDSezione=11>).

La Bayer regala

Alcuni medici hanno ricevuto un pacco che contiene un mouse per il pc, 10 campioni di *Bepanthenol*, opuscoli informativi per il medico su *Bepanthenol* e *Canesten* e 25 opuscoli per le mamme che, insieme a una serie di informazioni generali sulla salute del bambino, reclamizzano i prodotti della Bayer. In una newsletter della Bayer, che molti hanno ricevuto, era scritto che si poteva chiedere di ricevere questo pacco, ma lo hanno ricevuto anche medici che non l'hanno richiesto. È "inspiegabile" da chi la Bayer abbia avuto gli indirizzi dei medici non richiedenti. Il garante per la privacy ne sa qualcosa?

La carneficina dei minori

Almeno 54 mila minori uccisi nel 2002; 223 milioni costretti a rapporti sessuali o comunque a contatti fisici forzati; 218 milioni di bambini lavoratori, di cui 126 milioni coinvolti in attività rischiose, 1,8 milioni nel giro della prostituzione e della pornografia, più di 1 milione vittime

del traffico; tra 100 e 140 milioni di ragazze hanno subito una mutilazione genitale. Sono le cifre sconvolgenti – ma sottostimate – della violenza sui bambini nel mondo, contenute nel Rapporto del Segretario generale dell'ONU presentato in contemporanea a New York e a Roma dall'UNICEF e dall'OMS. Lo studio rivela che la violenza sui minori non risparmia nessun Paese, società o gruppo sociale; spesso rimane nascosta e socialmente accettata, e per molti bambini è una routine.

La violenza in famiglia è quella più nascosta, per vergogna o per paura. Ogni anno 275 milioni di bambini nel mondo assistono a episodi di violenza domestica. A scuola le violenze perpetrate dagli insegnanti e dal personale scolastico includono la violenza fisica, punizioni umilianti, violenze sessuali, bullismo. Punizioni corporali come picchiare o fustigare i bambini sono pratiche comuni nelle scuole di molti Paesi: sebbene le punizioni corporali nelle scuole siano state messe al bando in 102 Paesi, l'impegno a eliminarle non è stato mantenuto in maniera uniforme. La violenza sessuale e di genere è spesso diretta contro le ragazze a opera di insegnanti e compagni di classe maschi, ma sono anche indirizzate contro lesbiche, omosessuali, bisessuali e transgender. In 16 Paesi in via di sviluppo, una percentuale variabile dal 20 al 60% dei bambini in età scolare afferma di essere stata vittima di atti verbali o fisici di bullismo.

Negli Istituti presenti nel mondo ci sono 8 milioni di bambini affidati alle cure delle istituzioni, soprattutto se disabili, poveri o con problemi familiari. Questi bambini sono altamente esposti al rischio di subire violenza, soprattutto da parte del personale: il macabro repertorio va dal picchiarli con le mani, bastoni e tubi di gomma, allo sbatterli contro il muro, chiuderli in sacchi di tela, incatenarli ai mobili, rinchiuderli in stanze gelide e lasciarli giacere in mezzo ai propri escrementi. Ci sono, poi, il bullismo degli altri bambini e la violenza mascherata come terapia per i bambini disabili: alcuni bambini, a volte di soli nove anni, hanno subito trattamenti elettro-convulsivi; ad altri sono state somministrate droghe.

sulla salute

Poi ci sono i minori in carcere: sono circa un milione nel mondo e sono esposti a rischi di violenza da parte del personale carcerario, delle forze di polizia e dei detenuti adulti. In almeno 77 Paesi le punizioni corporali sono legalmente consentite all'interno degli istituti di detenzione. In almeno 31 Paesi è ammesso condannare i bambini a pene corporali: possono essere picchiati, frustati, legati e sottoposti a trattamenti umilianti. Le bambine sono particolarmente esposte al rischio di subire abusi, specialmente se sorvegliate da personale carcerario maschile.

Più di 200 milioni di bambini lavorano, legalmente o illegalmente, e di questi 126 milioni svolgono lavori pericolosi; circa 5,7 milioni si trovano in condizioni di lavoro forzato. Questi bambini sono esposti a diverse forme di violenza, inclusi l'abuso e lo sfruttamento; la maggior parte delle violenze è inflitta dai datori di lavoro. I bambini di strada sono particolarmente esposti alle violenze, sia delle bande che dei poliziotti. I tassi di omicidi tra i ragazzi dai 15 ai 17 anni sono almeno tre volte e mezzo più alti di quelli tra i ragazzi dai 10 ai 14 anni: in molti casi la violenza scaturisce da contrasti personali tra amici e conoscenti, ed è alimentata e strettamente legata al consumo di droghe e di alcol e al possesso di armi. In Internet, si cerca di incontrare i bambini nelle chat room o nei forum, per adescarli e spingerli a rapporti sessuali. Anche i bambini rifugiati o sfollati che vivono in comunità temporanee d'accoglienza devono fare i conti con la violenza: una ricerca condotta in Africa sulla condizione dei rifugiati indica la mancanza di luoghi pubblici sicuri come un ulteriore fattore di rischio. (ANSA, 12/10/07).

La fiction medica: che passione!

La fiction medica è diventata un sub-genere delle fiction televisive. Brendan Kelly, irlandese, ha studiato 20 fiction scelte a caso. Tutte contengono amori eterosessuali fra i protagonisti: 7 nelle cure primarie o nel Pronto Soccorso, 5 in dipartimenti di emergenza, 3 in ospedali

generali e 3 in punti nascita. I medici lavorano in emergenza (6), medicina generale (6), chirurgia (5), medicina aeronautica (3), neonatologia (2), pediatria (1). Le 11 protagoniste lavorano in medicina generale, ostetricia e ginecologia, chirurgia, anestesia, emergenza. Gli innamoramenti eterosessuali più frequenti sono fra medici (11) e fra medico e infermiera (8). I medici sono di origine mediterranea, alti, muscolosi, brillanti. Le dottoresse e le infermiere belle, determinate a crescere professionalmente, compassionevoli. Molte avevano dovuto o stavano superando ostacoli nella loro vita. Tutti avevano più a cuore la salute dei loro assistiti che i loro problemi personali, anche se rilevanti. Insomma le fiction trattano i loro protagonisti come se la medicina fosse un campo di romantiche possibilità. Il rischio è che queste fiction attraggano alla medicina neofiti con vocazioni professionali ambigue! (Lancet 2007;370:1483).

La devolution del sistema sanitario in UK

In occasione del 60° compleanno del Servizio Sanitario Inglese (NHS) le organizzazioni professionali sostengono, fra l'altro, che la devoluzione attuata in Inghilterra, Scozia, Galles e Irlanda del Nord ha portato a quattro sistemi molto diversi fra loro con enormi differenze nei servizi a disposizione dei cittadini. *Lancet* commenta (2008;371:89) che queste disparità possono essere accettate se costituiscono un naturale laboratorio per studiare diversi approcci di riforma del NHS. Tuttavia sembra che il Ministero della Salute abbia completamente fallito nel capitalizzare la lezione fornita dai diversi approcci; si tratta di un errore strategico che sta portando alla perdita di una grande opportunità. Tutto il mondo è paese.

In Inghilterra la pressione contro l'omeopatia è in crescita

Alcuni medici e scienziati dell'University College di Londra hanno inviato una lettera di protesta alle Primary Trust, gli enti pubblici locali che rimborsano le

prestazioni mediche, per sottolineare la loro preoccupazione circa l'uso della omeopatia sostenuta dal NHS, in mancanza di prove di efficacia. A seguito di questa iniziativa sono stati sospesi i fondi per 2 dei 5 ospedali omeopatici inglesi. L'ospedale omeopatico London Royal ha visto calare del 20% i ricoveri di ottobre e gli omeopati inglesi hanno accusato i medici dell'University College di Londra di essere in collusione con le case farmaceutiche.

Negli ultimi due anni numerosi giornalisti, medici e scienziati hanno sottolineato la mancanza di prove di efficacia per l'omeopatia.

I medici anti-omeopatia dell'University College di Londra chiedono perché esistono regole differenti per farmaci tradizionali e per gli omeopatici, quando almeno cinque meta-analisi hanno dimostrato che l'efficacia dei rimedi omeopatici non è superiore a quella di un placebo. La questione non è da poco: il mercato dell'omeopatia in Inghilterra è dell'ordine di 38 milioni di sterline e si stima che possa arrivare a 46 milioni nel 2012. Inoltre il bias di pubblicazione nei giornali di terapie alternative è elevato: nel 2000 solo il 5% degli studi pubblicati per medicine alternative aveva risultati negativi. Gli omeopati rispondono alle meta-analisi negative con studi osservazionali positivi su pochi casi. Ciononostante l'omeopatia, rimborsabile sin dalla istituzione del SSN (1948), rimane ancora popolare. Il 14,5% della popolazione ha fiducia nei rimedi omeopatici, ogni anno circa 13.000 pazienti vengono trattati nei cinque ospedali omeopatici inglesi. Secondo l'University College l'unico modo per risolvere la questione è che il Ministero della Salute inglese richieda una valutazione costo-efficacia della omeopatia al NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) che è responsabile della produzione di linee guida. Allo stato attuale nessuna linea guida clinica del NICE raccomanda rimedi omeopatici. *Lancet* si chiede se questo non sia l'inizio della fine del sostegno all'omeopatia da parte del Servizio Sanitario Nazionale inglese (www.thelancet.com Vol. 370 November 17, 2007).

Analisi con CONSORT di un RCT sui probiotici nella diarrea. Un esercizio

Laura Reali
Pediatra di Famiglia, ACP Lazio

Abstract

An exercise: analysing a Randomised Controlled Trial (RCT) on probiotics treatment of acute diarrhea in children

The CONSORT Statement is an evidence-based minimum set of recommendations for reporting RCTs in a standard way for authors, to facilitate their complete and transparent reporting. It includes a 22-item checklist and a flow diagram. The checklist items focus on reporting how the trial was designed, analyzed, and interpreted; the flow diagram displays the progress of all participants through the trial. The CONSORT Statement is subjected to periodic changes, as new evidence emerges, and has been endorsed by prominent general medical journals, for its efficacy. Reviewers, editors, and readers too, can use CONSORT. This exercise has the aim to verify the usefulness of CONSORT statement for readers in analyzing a RCT on probiotics treatment of acute diarrhea in children.

Quaderni acp 2008; 15(3): 120-123

Key words CONSORT. RCT. Critical appraisal. Probiotics

Il documento CONSORT è un elenco minimo di raccomandazioni evidence-based che gli Autori dovrebbero rispettare per descrivere in maniera chiara e completa come è stato disegnato e condotto un RCT. Oltre all'elenco costituito da 22 voci, ritenute essenziali per valutare importanza e attendibilità dei risultati, c'è un diagramma di flusso, per illustrare cosa è successo a tutti i partecipanti durante lo studio. CONSORT è uno strumento in continua evoluzione e le migliori riviste scientifiche del mondo lo hanno adottato tra le regole editoriali proprio per la sua efficacia. Possono usarlo revisori e redattori, ma anche i semplici lettori. Lo scopo di questo esercizio è verificare l'utilità di CONSORT per un lettore nel valutare un RCT su efficacia e sicurezza di diversi probiotici nel trattamento della diarrea acuta nei bambini.

Parole chiave CONSORT. RCT. Valutazione di un RCT. Probiotics

Per comprendere i risultati di uno studio controllato e randomizzato (RCT), il lettore deve poter capire bene come è stato disegnato e condotto lo studio e come sono stati analizzati e interpretati i dati. Questo richiede chiarezza da parte degli Autori. Una descrizione inadeguata può rendere difficile/impossibile l'interpreta-

zione dei risultati. Il che potrebbe essere non casuale.

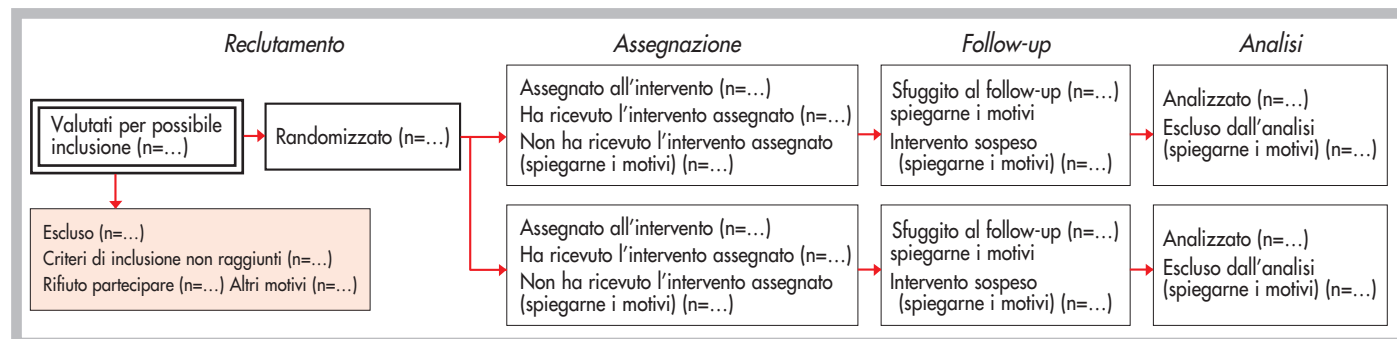
Alla metà degli anni '90 due iniziative indipendenti delle associazioni di ricercatori e di editori portarono alla pubblicazione del documento CONSORT (CONsolidated Standards Of Reporting Trials) [1-3]. Revisori e redattori hanno

così uno strumento valido per identificare articoli che riportano studi e risultati in modo inadeguato [1-2]. CONSORT può essere usato anche da un lettore per capire perché è stato intrapreso e condotto un RCT e come sono stati analizzati i dati, così da comprenderne meglio i risultati.

CONSORT: cos'è, a che serve

CONSORT è un elenco minimo di raccomandazioni evidence-based necessarie per l'analisi di RCT a gruppi paralleli: comprende una checklist (tabella 1) e un diagramma di flusso (figura 1). La checklist si riferisce ai contenuti del lavoro (Titolo, Sommario, Introduzione, Metodi, Risultati e Discussione); nella ultima versione è costituita da 22 voci, ritenute essenziali per poter valutare l'importanza e l'attendibilità dei risultati. Le varie voci sono state selezionate (con metodo di costruzione Delphi) per comprendere meglio come sia stato progettato, analizzato e interpretato lo studio. Non trovare questi dati nell'articolo può portare a una valutazione distorta dell'effetto prodotto dall'intervento. Il diagramma di flusso illustra cosa è successo a tutti i "reclutati" durante lo studio. L'ultima versione descrive l'informazione dal punto di vista dei quattro stadi di uno studio clinico (Reclutamento, Assegnazione dell'intervento, Follow-up e Analisi) e segue i partecipanti allo studio dall'inizio alla fine, illustrando cosa succede loro.

FIGURA 1: DIAGRAMMA DI FLUSSO RELATIVO ALLA SUCCESSIONE DELLE FASI DI UNO STUDIO RANDOMIZZATO



Per corrispondenza:
Laura Reali
e-mail: laurareali@laurareali.it

leggere e fare

TABELLA 1: CONSORT CHECKLIST: LISTA DELLE VOCI DA VALUTARE IN UNO STUDIO RANDOMIZZATO

Sezione articolo, argomento	Voce	Descrizione della voce
Titolo e Abstract	1	Riportare come i partecipanti vengono assegnati agli interventi terapeutici (es. "assegnazione random").
Introduzione <i>Background</i>	2	Esporre il background scientifico e spiegare le ragioni per cui lo studio è stato intrapreso.
Metodi <i>Partecipanti</i>	3	Riportare i criteri considerati per l'inclusione dei partecipanti e i luoghi/istituti dove i dati vengono raccolti.
<i>Interventi</i>	4	Riportare dettagli precisi sugli interventi usati in ciascun gruppo e come e quando vengono effettivamente somministrati.
<i>Obiettivi</i>	5	Riportare una chiara descrizione di obiettivi specifici e ipotesi.
<i>Parametri di misurazione (outcome)</i>	6	Riportare una chiara descrizione dei parametri di misurazione primaria e secondaria e, quando possibile, dei metodi usati per accrescere la qualità delle misurazioni (es. osservazioni multiple, addestramento dei valutatori).
Misure del campione	7	Riportare come è stata stabilita la misura del campione e, quando possibile, dare spiegazione di ogni analisi intermedia e delle regole di sospensione dello studio.
Randomizzazione <i>Generazione della sequenza</i>	8	Riportare il metodo usato per generare la sequenza di assegnazione random compresi i dettagli di ogni restrizione usata (es. blocchi, stratificazione).
<i>Occultamento dell'assegnazione (Allocation concealment)</i>	9	Riportare il metodo usato per eseguire la sequenza dell'assegnazione randomizzata (es. contenitori numerati o telefono centralizzato) con chiara spiegazione di come sia stata nascosta la sequenza di assegnazione fino al momento dell'intervento.
<i>Esecuzione della randomizzazione</i>	10	Riportare chiaramente chi è responsabile della sequenza di assegnazione, chi del reclutamento dei partecipanti e chi dell'assegnazione dei partecipanti ai gruppi di intervento.
<i>Occultamento (mascheramento) Blinding (masking)</i>	11	Chiarire se i partecipanti, coloro che somministrano gli interventi e coloro che sono responsabili della valutazione, sono all'oscuro dell'assegnazione ai gruppi. Quando rilevante, descrivere come è stato valutato il successo dell'occultamento.
<i>Metodi statistici</i>	12	Descrivere i metodi statistici usati per confrontare i gruppi per le misure di outcome primario; metodi per ulteriori analisi eseguite (analisi dei sottogruppi e aggiustamenti).
Risultati <i>Flusso dei partecipanti</i>	13	Riportare il movimento dei partecipanti attraverso i vari stadi dello studio (è vivamente consigliato un diagramma di flusso) (<i>figura 1</i>). In particolare riportare per ciascun gruppo il numero dei partecipanti assegnati secondo randomizzazione, quelli che ricevono l'intervento assegnato, quelli che completano il protocollo dello studio e quelli che vengono valutati per l'outcome primario. Descrivere le deviazioni dal protocollo originale e i motivi che le hanno determinate.
<i>Reclutamento</i>	14	Riportare le date che definiscono periodi di reclutamento e di follow-up.
<i>Dati iniziali</i>	15	Riportare le caratteristiche demografiche e cliniche iniziali di ciascun gruppo.
<i>Numeri analizzati</i>	16	Riportare il numero di partecipanti (denominatore) per ciascun gruppo incluso in ciascuna analisi e se l'analisi è stata condotta secondo "intention to treat" (ITT). Riportare i risultati in numeri assoluti se possibile (per esempio, 10 su 20 invece di 50%).
<i>Parametri di misura (Outcomes) e stime</i>	17	Riportare per ciascun parametro di misura primario e secondario (outcome) un riassunto dei risultati per ciascun gruppo, l'entità dell'effetto stimato e la sua precisione (per esempio: Intervallo di Confidenza al 95%).
<i>Analisi complementari</i>	18	Spiegare la molteplicità riportando tutte le altre analisi eseguite, comprese le analisi dei sottogruppi e le analisi corrette, indicando quelle predefinite e quelle esplorative.
<i>Eventi avversi</i>	19	Riportare tutti gli eventi avversi importanti o gli effetti collaterali rilevanti in ciascun gruppo di intervento.
Discussione <i>Interpr. dei risultati</i>	20	L'interpretazione dei risultati deve tenere presente le ipotesi dello studio, le fonti di possibile distorsione o imprecisione e i rischi associati con analisi e outcome molteplici.
<i>Validità esterna</i>	21	Riportare la possibilità di estendere i risultati ottenuti anche al di fuori dello studio (validità esterna).
<i>Interpretazione generale</i>	22	Interpretazione generale dei risultati nel contesto delle prove scientifiche più recenti.

Questi numeri indicati con n= seguito dal numero nella *figura 1*, consentono al lettore di valutare se gli Autori abbiano svolto un'analisi secondo intention-to-treat (ITT). Sul sito CONSORT si trovano anche ulteriori indicazioni per gli RCT con disegni particolari e per interventi specifici: abstract, cluster di prove, studi di non-inferiorità e di equivalenza, interventi a base di erbe medicinali, interventi di trattamento non farmacologico, danni [3]. Per esempio gli abstract devono essere sufficientemente dettagliati, chiari e trasparenti perché i lettori spesso basano la loro valutazione dello studio proprio partendo dall'abstract e del resto in alcuni Paesi i professionisti hanno accesso solo agli abstract. CONSORT è un documento in continua evoluzione: quando fu rilevato che il diagramma di flusso non forniva sufficienti informazioni sul numero di partecipanti in ciascuna fase dello studio, venne modificato per includere queste informazioni [4]. È quindi comprensibile perché CONSORT sia stato inserito tra le richieste editoriali della maggior parte delle migliori riviste scientifiche [5].

Esercizio: analisi di un RCT con CONSORT

Un RCT che risponde positivamente alla lista di 22 domande del CONSORT dovrebbe essere di buona qualità.

Esaminiamone uno di recente pubblicazione, per fare un esercizio applicativo: Titolo: Probiotics for treatment of acute diarrhoea in children: RCT of five different preparations.

Autori e collocazione bibliografica: Berni Canani R. et al. *BMJ*, 2007 [6].

Si è scelto questo studio perché l'uso dei probiotici nel trattamento della diarrea acuta è un argomento "caldo". Sappiamo che i probiotici, in aggiunta alla reidratazione orale, hanno dimostrato una moderata efficacia nel ridurre di circa 1 giorno la durata della diarrea acuta infettiva, ma non ci sono ancora prove sufficienti per sviluppare linee guida evidence based. Inoltre una delle caratteristiche dell'RCT è la sua conduzione nell'area delle cure primarie [8-11].

Altro motivo della scelta è che il testo completo è liberamente disponibile sicché il lettore può averlo a disposizione. Per seguire l'esame con la checklist consigliamo al lettore di stampare la *tabella 1*

TABELLA 2: APPLICAZIONE ALL'ARTICOLO DELLA CONSORT CHECKLIST

- Voce Sezione dell'articolo e argomento
- 1 **Titolo e Abstract.** Il titolo riporta che si tratta di un RCT. L'abstract riporta sinteticamente, ma in maniera chiara, obiettivi, disegno dello studio, randomizzazione e risultati. Capiamo che si tratta di un RCT sulla efficacia di cinque preparati commerciali a base di probiotici usati in Italia nella cura della diarrea.
 - 2 **Introduzione Background.** Gli Autori partono dal presupposto che i probiotici sono efficaci nel ridurre la durata della diarrea, anche se gli studi a sostegno non sono di buona qualità, e dalla constatazione che sono tra i rimedi più prescritti per la diarrea in Italia [7-9]. Lo studio vuole valutare l'efficacia clinica sul campo dei probiotici, OTC per la diarrea acuta peraltro molto usati e spesso proposti direttamente dal farmacista. Gli Autori in realtà si limitano a riportare solo i risultati della revisione sistematica Cochrane sull'efficacia dei probiotici nella diarrea acuta [7].
 - 3 **Metodi Partecipanti.** Vengono inclusi 600 bambini da 6 a 36 mesi con diarrea acuta (definita come emissione di tre o più scariche liquide al giorno da meno di 48 ore). Vengono arruolati negli ambulatori di sei pediatri di famiglia che avevano concordato il protocollo dello studio con i colleghi ospedalieri del reparto di gastroenterologia pediatrica. La raccolta dati viene eseguita a casa dai genitori, sulle schede fornite dai pediatri di famiglia. Criteri di esclusione accuratamente descritti e ben definiti.
 - 4 **Interventi.** I pazienti arruolati sono stati randomizzati in 6 gruppi di trattamento e i genitori di ciascun bambino, dopo aver ricevuto istruzioni scritte su come fare, hanno somministrato loro per 5 gg. un probiotico, diverso per ciascuno dei 5 gruppi, e la sola soluzione reidratante orale (SRO) al gruppo di controllo. Le confezioni fornite per lo studio erano identiche a quelle vendute in farmacia e usate secondo le istruzioni del prodotto. Sono state sufficienti per l'intero trattamento. I gruppi hanno ricevuto i trattamenti:
 1. SRO (Soluzione reidratante orale-controllo).
 2. *Lactobacillus casei* GG (Dicoflor 60)
 3. *Saccharomyces boulardii* (Codex)
 4. *Bacillus clausii* (Enterogermina)
 5. *L. debrueckii*, *L. acidophilus*, *Str. thermophilus*, *B. bifidum* (Lactogermina)
 6. *Enterococcus faecium* (Bioflorin).
 - 5 **Obiettivi.** Confrontare l'efficacia di cinque preparazioni commerciali di probiotici raccomandate per il trattamento della diarrea acuta dei bambini. L'ipotesi alternativa è che diversi probiotici abbiano diversa efficacia. (Gli Autori, quindi, sono già sicuri della efficacia dei probiotici, ma all'oscuro di quale sia il più efficace).
 - 6 **Parametri di misurazione (Outcome).** *Misure di outcome primario:* durata totale della diarrea, numero di evacuazioni giornaliere, loro consistenza. Tutti i pazienti in studio presentavano da tre a sette scariche al dì, per non oltre 6 gg. (quindi diarrea acuta banale, non severa). *Misure di outcome secondario:* incidenza e durata mediana di vomito e febbre (definita come temperatura superiore a 37,5°C) e numero di ricoveri per ciascun gruppo. Sono state valutate anche sicurezza e tollerabilità, ma gli Autori non riportano i metodi.
 - 7 **Misure del campione.** È stata correttamente calcolata la potenza del campione. Per ottenere un'adeguata potenza del campione (95%, errore tipo 1 = 0,05, test a due code) era necessario che in ogni gruppo ci fossero almeno 45 soggetti. Questa stima prevedeva una differenza media di durata della diarrea di 24 ore tra il gruppo trattato e il gruppo di controllo (media di 120-96 ore), con una deviazione standard di 30 ore entro il gruppo. Questo calcolo è basato sui risultati di un trial preliminare in aperto. Per studiare gli outcome secondari il numero dei pazienti è stato raddoppiato. La stima delle dimensioni del campione consentiva un drop out fino al 10%. Dei 600 pazienti iniziali, 571 sono rimasti fino alla fine dello studio.
 - 8 **Randomizzazione.** *Generazione della sequenza.* I pazienti venivano assegnati a ciascun gruppo, secondo una lista di randomizzazione generata da un computer. L'assegnazione era fatta a blocchi di sei per ottenere gruppi di entità analoga.
 - 9 **Occultamento dell'assegnazione (Allocation concealment).** I ricercatori deputati all'arruolamento al momento dell'ingresso nel trial di ciascun paziente assegnavano il numero successivo disponibile. La sequenza di assegnazione ai gruppi rimaneva nascosta fino a quando non veniva assegnato anche il trattamento (il tipo di probiotico).
 - 10 **Esecuzione della randomizzazione.** I responsabili della sequenza, del reclutamento e dell'assegnazione non sono chiaramente indicati, si può solo ragionevolmente desumere che i ricercatori deputati all'arruolamento e all'assegnazione dei partecipanti ai gruppi fossero i pediatri di famiglia e non i medici ospedalieri.
 - 11 **Occultamento (mascheramento) Blinding (masking).** Lo studio è a singolo cieco, perché l'utilizzo dei prodotti commerciali nelle loro confezioni rendeva inapplicabile il doppio cieco. Per ovviare a questo limite, nella valutazione di efficacia è stato usato il metodo del terzo osservatore cieco (i pediatri di famiglia, deputati ad assegnare il trattamento, fornivano istruzioni scritte ai genitori per acquistare una specifica marca di probiotici e gli sperimentatori che analizzavano i moduli di notifica dati erano ciechi rispetto al trattamento assegnato ai pazienti in studio). Procedura scelta perché già applicata in precedenti studi sulla efficacia dei trattamenti antidiarroici.
 - 12 **Metodi statistici.** L'analisi statistica è stata effettuata da uno statistico cieco per le assegnazioni ai gruppi. Per le variabili categoriche è stato usato il test χ^2 . Per le variabili continue è stato usato il test U di Mann-Whitney, per analizzare le differenze tra il gruppo 1 (gruppo di controllo, che assumeva solo SRO) e i gruppi da 2 a 6. Tutte le analisi sono state effettuate secondo ITT.
 - 13 **Risultati Flusso dei partecipanti.** È correttamente riportata la flow chart dei partecipanti per ogni fase dello studio. Dei 600 pazienti eleggibili, 29 sono stati esclusi prima dell'arruolamento (8 per non ottemperanza ai criteri di inclusione e 21 perché hanno rifiutato di partecipare). I 571 rimanenti sono stati arruolati e assegnati ai 6 gruppi di intervento e i risultati sono stati sottoposti ad analisi ITT. Sono anche accuratamente descritte le deviazioni dallo studio e le motivazioni per ogni paziente.
 - 14 **Reclutamento.** Le date del reclutamento: ottobre 1999 - settembre 2000, il periodo di follow-up: 7 gg.
 - 15 **Dati Iniziali.** La popolazione arruolata in studio è composta da 282 maschi e 289 femmine, di età compresa tra 3 e 36 mesi, che nel 10-18% dei diversi gruppi era allattata al seno e per il resto con latte artificiale (44-60%) o vaccino (30-38%), con diarrea da 4-18 ore.

- 16 *Numeri analizzati.* I 571 partecipanti sono stati tutti sottoposti ad analisi ITT e i risultati sono ben descritti e analizzati.
- 17 *Parametri di misura (outcomes) e stime. Outcome primari e secondari, stima dell'effetto e sua precisione (IC 95%) per ciascun gruppo:* il gruppo 2 e il gruppo 5 hanno riportato risultati significativamente migliori (e analoghi tra loro) per tutti gli outcome primari selezionati, rispetto al gruppo di controllo e agli altri gruppi in studio. **Durata totale della diarrea:** significativamente più bassa nei bambini del gruppo 2 e del gruppo 5, rispetto al gruppo di controllo (75 vs 115 ore). Gli altri 3 probiotici somministrati ai gruppi 3, 4 e 6 non hanno avuto effetto sulla durata della diarrea, che è stata sovrapponibile a quella del gruppo di controllo. **Evacuazioni giornaliere:** significativamente inferiori ($p < 0,001$) nei gruppi 2 e 5 a partire dal giorno dopo l'inizio del probiotico. Le mediane delle evacuazioni giornaliere del gruppo 2 e 5 sono sovrapponibili. **La consistenza delle feci,** sulla base dello score, differisce significativamente a favore dei gruppi 2 e 5 rispetto agli altri gruppi. Le mediane degli score giornalieri non differiscono tra i gruppi 2 e 5. Nessuno degli outcome secondari valutati si è modificato in maniera significativa nei bambini del gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo.
- 18 *Analisi complementari.* Non sono state eseguite analisi dei sottogruppi o analisi corrette.
- 19 *Eventi avversi.* Non sono stati rilevati effetti avversi e 571 dei 600 bambini selezionati in studio hanno ricevuto le medicine prescritte.
- 20 **Discussione Interpretazione dei risultati.** Due delle cinque preparazioni in studio (quelle assunte dai gruppi 2 e 5) si sono dimostrate efficaci nel ridurre la durata e il numero di evacuazioni nella diarrea acuta, mentre le altre 3 non hanno mostrato differenze di effetto, rispetto al controllo. L'ipotesi che diversi tipi di probiotici abbiano diversa efficacia sembra confermata. L'efficacia dei probiotici nel trattamento della diarrea acuta sembra quindi correlata ai ceppi batterici presenti nel prodotto e gli Autori concludono che i probiotici dovrebbero essere classificati come farmaci e che i medici dovrebbero prescriverli in condizioni cliniche per le quali esistono prove di efficacia e dati solidi.
- Peraltro la definizione di diarrea scelta (emissione di tre o più scariche liquide al giorno da meno di 48 ore), con una popolazione di bambini che va da 3 a 36 mesi, consente di includere bambini con disturbi veramente molto lievi: nessuno dei partecipanti arriva a superare le sette scariche al giorno e per non più di un giorno. Questa è una tipica popolazione con diarrea lieve-moderata.
 - Tutti i gruppi in 5ª giornata hanno lo stesso numero di scariche (2-3), anche quelli del gruppo di controllo (solo SRO).
 - Il guadagno in ore per i due gruppi che hanno la migliore risposta (2 e 5) è di 36,5- 45 ore di diarrea in meno, che significa passare da 4-7 a 2-3 scariche/die 1,5 - 2 gg. prima degli altri. Un guadagno significativo dal punto di vista statistico ($p < 0,01$), ma forse non molto rilevante dal punto di vista clinico. Possibili fattori confondenti: la bassa prevalenza di febbre, vomito e ricoveri insieme alla mitezza dei sintomi richiesti per essere eleggibili, potrebbe sovrastimare l'efficacia dei probiotici esaminati. Le attese dei genitori che compilavano le schede potrebbero anche loro aver portato a una sovrastima dei risultati.
- 21 *Validità esterna.* Tutti i bambini arruolati erano pazienti ambulatoriali, pochi i test microbiologici effettuati. Probabilmente la maggior parte degli arruolati era costituita da bambini affetti da banale diarrea acuta virale in un setting ambulatoriale, proprio come capita nella maggior parte degli ambulatori di pediatria di base.
- Questo rende lo studio interessante, perché potenzialmente dotato di buona applicabilità al di fuori dello studio stesso.
- 22 *Interpretazione generale dei risultati nel contesto delle prove scientifiche più recenti.* Per quanto riguarda la metodologia, la checklist usata ci ha consentito di verificare che in questo studio praticamente tutte le caratteristiche necessarie per realizzare un RCT ben fatto sono state rispettate. Esaminando poi i risultati, possiamo dire che la riduzione della durata della diarrea osservata nei gruppi che hanno assunto *Lactobacillus casei* GG e il preparato mix, conferma quanto già noto dalla letteratura [8-10], anche se il dato rilevato è lievemente migliore di quanto calcolato dalle metanalisi in materia (1,5-2 gg, rispetto a 1 gg), ma la popolazione in studio ha disturbi veramente molto lievi. L'aspetto relativamente nuovo è la realizzazione dello studio in un setting di cure primarie e con la collaborazione dei pediatri di famiglia (anche se il loro compito sembra essere quello di semplici reclutatori). Da notare che solo il 18-20% della popolazione in studio era allattata al seno, difficile stabilire se questo fatto dipenda dalla distribuzione di età dei pazienti in studio o dall'effetto protettivo del latte materno nei confronti della diarrea. Ma il risultato più interessante, anche se non del tutto nuovo, neanche in questo caso, è che non tutti i probiotici mostrano la stessa efficacia. È pertanto condivisibile e affidabile l'attenzione posta dagli Autori su questo aspetto e la loro proposta di sottoporre i probiotici a prove di efficacia e di tollerabilità come i farmaci: sono quindi necessari ulteriori studi disegnati *ad hoc*. Piccola nota: nello studio si riporta che i pediatri di famiglia seguono i bambini fino a 12 anni, invece che fino a 14, ma poco male.

in modo da avere ben presente la descrizione della Voce.

Il percorso voce per voce sarà così più semplice. La **tabella 2** contiene per l'appunto il percorso fatto nella valutazione della ricerca e al punto 22 le conclusioni cui CONSORT ci ha condotto. ♦

Bibliografia

- [1] Moher D, Schulz KF, Altman DG. CONSORT Group (Consolidated Standards of Reporting Trials). The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. *JAMA* 2001 Apr 18;285(15):1987-91.
- [2] Moher D, Schulz KF, Altman DG. The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. *Lancet* 2001 Apr 14;357(9263):1191-4.
- [3] <http://www.consort-statement.org/>
- [4] Egger M, Jüni P, Bartlett C. CONSORT Group (Consolidated Standards of Reporting of Trials). Value of flow diagrams in reports of randomized controlled trials. *JAMA* 2001 Apr 18;285(15):1996-9.
- [5] Moher D, Jones A, Lepage L; CONSORT Group (Consolidated Standards of Reporting of Trials). Use of the CONSORT statement and quality of reports of randomized trials: a comparative before-and-after evaluation. *JAMA* 2001 Apr 18;285(15):1992-5.
- [6] Canani RB, Cirillo P, Terrin G, et al. Probiotics for treatment of acute diarrhoea in children: RCT of five different preparations. *BMJ* 2007;335:340-Epub 2007 Aug 9.
- [7] Allen SJ, Okoko B, Martinez E, Gregorio G, Dans LF. Probiotics for treating infectious diarrhoea. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(2): CD003048.
- [8] Szajewska H, Mrukowicz JZ. Probiotics in the treatment and prevention of acute infectious diarrhea in infants and children: a systematic review of published randomized, double-blind, placebo-controlled trials. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2001 Oct;33 Suppl 2:S17-25.
- [9] Van Niel CW, Feudtner C, Garrison MM, Christakis DA. *Lactobacillus* therapy for acute infectious diarrhea in children: a meta-analysis. *Pediatrics* 2002 Apr;109(4):678-84.
- [10] Sazawal S, Hiremath G, Dhingra U, Malik P, Deb S, Black RE. Efficacy of probiotics in prevention of acute diarrhoea: a meta-analysis of masked, randomised, placebo-controlled trials. *Lancet Infect Dis* 2006 Jun;6(6):374-82.
- [11] Guandalini S. Probiotics for children: use in diarrhea. *J Clin Gastroenterol* 2006 Mar; 40(3): 244-8.

Rapporto annuale 2007 sulla situazione socio-sanitaria del Paese

Giuseppe Cirillo

Direttore Servizio di Programmazione, Dipartimento Socio-Sanitario ASL Na 1
Direttore del Centro Studi Interistituzionale Comune di Napoli (ASL Na 1)

Abstract

2007 annual report on the country's Welfare System

The CENSIS (Italian study centre on social investments) in part of its annual report for 2007 describes the welfare system and the health status of italians. Part of this analysis is dedicated to the population's performance levels and guaranteed well being. In order to conduct this analysis synthetic indicators have been identified by Istat (National Institute for statistics) and Health Ministry during 2004-2006, assigning values to: general health conditions, socioeconomic status and grade of health offers. Results show a negative gradient going from north to south for all three indicators. The levels of health offers for the south is both a reinforcing factor of inequalities in health access and in health rights for all citizens living in souther Italy.

Quaderni acp 2008; 15(3): 124-125

Key words National Health System. Socioeconomic status. Inequalities. Health

Il CENSIS dedica una parte del suo rapporto annuale 2007 al sistema del Welfare e alle condizioni di salute degli italiani, dedicando parte della sua analisi ai livelli di performance e al benessere garantito alla popolazione. L'analisi è stata condotta utilizzando indicatori sintetici, costruiti su dati Istat e Ministero della Salute 2004-2006, relativamente a: le condizioni complessive di salute, le condizioni socio-economiche, il livello di offerta sanitaria. I risultati mostrano che in tutti e tre gli ambiti esiste un gradiente negativo da Nord a Sud e che ormai la visione di un Sud giovane e più sano nonostante un livello di offerta meno soddisfacente è sostanzialmente superata, lasciando il posto alla considerazione che il livello di offerta sanitaria rappresenta per il Sud un fattore di rinforzo delle diseguità nell'accesso alle cure e nell'esercizio del diritto alla salute dei cittadini residenti nel Meridione.

Parole chiave Servizio sanitario nazionale. Condizioni socio-economiche. Diseguitanze. Salute

Il CENSIS dedica una parte del suo rapporto annuale del 2007 al sistema del Welfare e alle condizioni di salute degli italiani in un quadro ormai diversificato dell'offerta di servizi da un punto di vista territoriale, dedicando parte della sua analisi ai livelli di performance dei servizi e al benessere garantito alla popolazione.

Attraverso l'uso di indicatori sintetici, costruiti su dati Istat e Ministero della Salute 2004-2006, sono stati valutati:

- ▶ le condizioni complessive di salute;
- ▶ le condizioni socio-economiche;
- ▶ il livello di offerta sanitario.

◆ Il primo indicatore (condizioni complessive di salute) è stato definito tenendo conto di:

- speranza di vita (media tra donne e uomini);

- mortalità (tasso di mortalità totale, tasso di mortalità infantile, tasso di mortalità per tumori, tasso di mortalità per malattie del sistema circolatorio);
- stili di vita (diffusione della pratica sportiva, incidenza delle persone di 18 anni e più obese, fumatori di 14 anni e più);
- autopercezione dello stato di salute (% delle persone che hanno valutato buono o molto buono il proprio stato di salute);
- prevenzione (% di persone che ha effettuato controlli per la pressione arteriosa, per il colesterolo e per la glicemia, in assenza di sintomi);
- morbosità (% di popolazione con malattie croniche).

◆ Il secondo indicatore relativo alle condizioni socio-economiche è costruito sintetizzando le seguenti variabili:

- indice di povertà regionale;
- tasso di attività 15-64 anni;
- livello di istruzione della popolazione adulta;
- tasso di disoccupazione giovanile;
- tasso di disoccupazione.

◆ Il terzo indicatore, quello relativo al livello di offerta sanitaria, è costruito tenendo conto dei seguenti aspetti:

- valutazione dell'utenza (% di persone che hanno valutato il servizio sanitario del proprio territorio con un voto da 7 a 10);
- offerta ospedaliera (MMG/1000 abitanti, personale infermieristico pubblico/1000 abitanti, PL per acuti/1000 abitanti e indice di modernizzazione: n. TAC, n. acceleratore lineare e di tomografi a risonanza magnetica /100.000 abitanti);
- mobilità ospedaliera (indice di attrazione e fuga della regione);
- assistenza territoriale (consultori materno-infantili, strutture di assistenza agli anziani, di assistenza psichiatrica, di assistenza ai disabili fisici e psichici, anziani assistiti in ADI).

I risultati

I risultati sono rappresentati nelle figure. Si può notare come ci sia un gradiente negativo Nord-Sud, con un peggioramento delle condizioni di salute dei cittadini residenti man mano che si procede verso le regioni meridionali (figura 1), nonostante la nota struttura dell'età della popolazione che vede un tasso di invecchiamento più elevato al Nord e al Centro. Al Sud acquistano peso determinanti legati alla ridotta prevenzione, all'aumento dei comportamenti di vita insalubri, ai problemi di impatto ambientale.

Per corrispondenza:
Giuseppe Cirillo
e-mail: dirg.cirillo@aslna1.napoli.it

statistiche correnti

FIGURA 1: INDICATORE SINTETICO DELLE CONDIZIONI DI SALUTE NELLE REGIONI ITALIANE

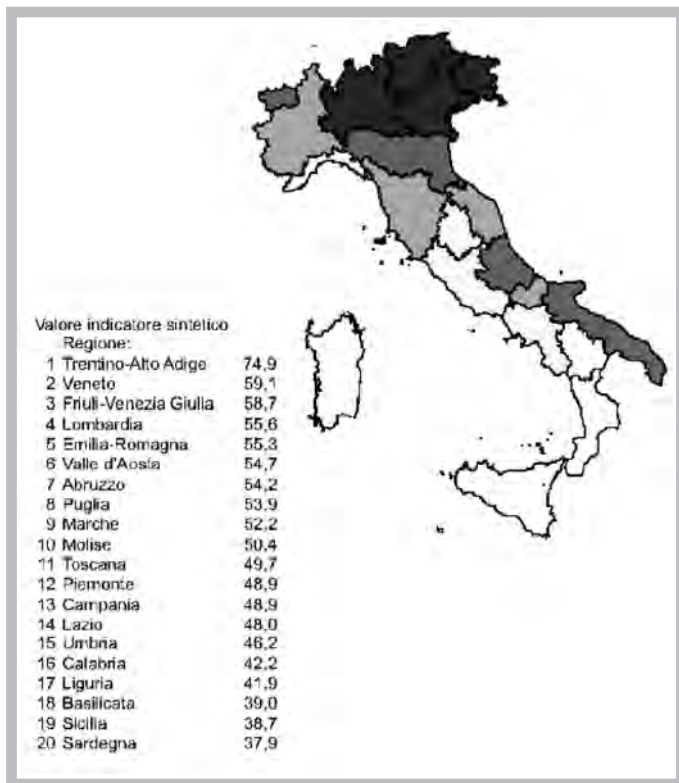
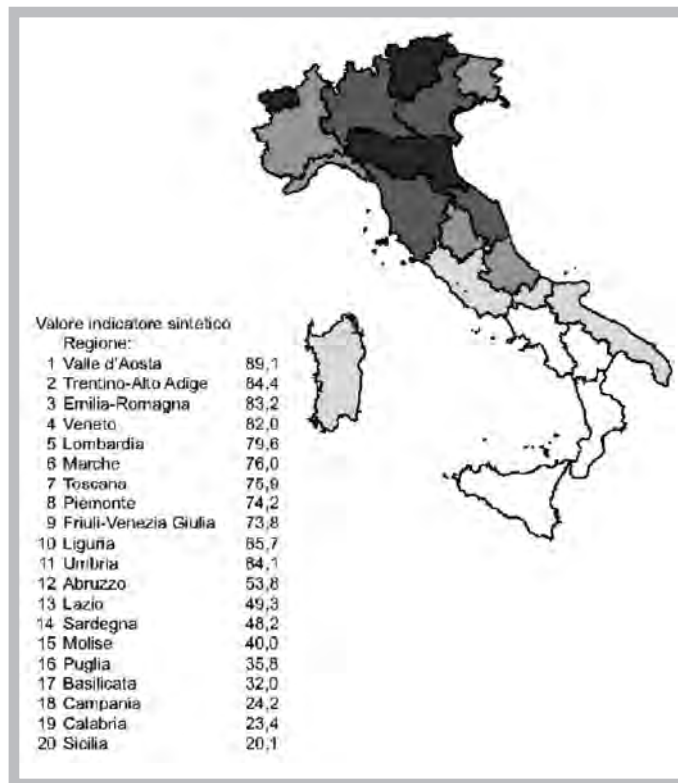


FIGURA 2: INDICATORE SINTETICO DEL CONTESTO SOCIO-ECONOMICO NELLE REGIONI ITALIANE



Le regioni che si collocano nelle prime posizioni della graduatoria del livello socio-economico sono le stesse che occupano le prime posizioni relativamente all'indicatore sintetico di salute (figura 2).

Le condizioni socio-economiche si confermano quindi essere uno dei fattori più rilevanti nella determinazione delle condizioni di salute.

Di qui l'importanza potenziale che acquista l'assetto dell'offerta sanitaria (figura 3), il cui indicatore sintetico però mostra una stessa variazione negativa dal Nord al Sud del Paese.

Conclusioni

Si può quindi argomentare che ormai la visione tradizionale di un Sud giovane e più sano, nonostante un livello di offerta meno soddisfacente,

FIGURA 3: INDICATORE SINTETICO DELL'OFFERTA SANITARIA NELLE REGIONI ITALIANE



è sostanzialmente superata e lascia il posto alla considerazione che il livello di offerta sanitaria espresso nella figura 3 rappresenta oramai per il Sud un fattore di rinforzo delle diseguità nell'accesso alle cure e nell'esercizio del diritto alla salute dei cittadini residenti nel Meridione.

Considerazioni di non lieve peso possono essere fatte circa il significato e il potere di cambiamento che in questi anni hanno avuto i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Si può dire sui dati riportati che i LEA non sono riusciti a rappresentare un fattore rilevante e tempestivamente monitorato di equità delle cure. Si ripropone il problema se il dare a tutti lo stesso sia un fattore di cambiamento o se sia necessario orientarsi diversamente. ♦

La malattia reumatica: una patologia dimenticata?

Francesco De Maddi, Paolo Siani

Unità Operativa Complessa di Pediatria, Ambulatorio di Reumatologia Pediatrica, AORN "A. Cardarelli", Napoli

Abstract

Rheumatic fever: a forgotten disease?

In spite of a significantly reduced prevalence in European countries of rheumatic fever, it represents the third cause of hospital admission to our Paediatric Department for rheumatic pathologies. Many diagnostic and therapeutic questions remain open. The demonstration of a previous group A hemolytic Streptococcus infection for a diagnosis has recently been discussed. Colour doppler echocardiography is a valid diagnostic tool for hospitalized patients. Three cases of rheumatic fever with different clinical manifestations at the onset are described by the authors.

Quaderni acp 2008; 15(3): 126-129

Key words Rheumatic fever. Jones criteria. Cardiac echocardiography

Nonostante la segnalazione di una notevole riduzione dell'incidenza della malattia nei Paesi europei, nel nostro ospedale la malattia reumatica rappresenta la terza causa di ricovero per patologia reumatologica. Numerose restano le questioni aperte di ordine diagnostico e terapeutico. Recenti segnalazioni mettono in discussione la necessità per la diagnosi della dimostrazione di una pregressa infezione da streptococco beta-emolitico di gruppo A. L'ecocolordoppler cardiaco rappresenta un valido supporto diagnostico per i pazienti ospedalizzati. Gli Autori, infine, descrivono tre casi di malattia reumatica con differenti manifestazioni cliniche all'esordio.

Parole chiave Malattia reumatica. Criteri di Jones. Ecocolordoppler cardiaco

Il vecchio e il nuovo

Nell'ultimo decennio le più sofisticate ricerche in ambito genetico e immunologico hanno aperto nuovi orizzonti per la reumatologia pediatrica. L'analisi dei polimorfismi di geni implicati nel controllo dell'immunità e la conoscenza dei processi alla base dello sviluppo e del mantenimento dell'infiammazione hanno portato alla ribalta malattie correlate a disturbi della regolazione immunitaria quali IPEX (Immunodisregulation, Polyendocrinopathy, Enteropathy, X-linked) o sindromi autoinfiammatorie come la sindrome CINCA (Chronic Infantile Neurological, Cutaneous, Articular), patologie, peraltro, estremamente rare. L'esatta conoscenza del ruolo delle citochine pro-infiammatorie ha prodotto una profonda rivoluzione terapeutica con l'avvento dei farmaci biologici, capaci di interagire con singoli mediatori o popolazioni cellulari coinvolte nel processo infiammatorio. Il fiorire di articoli su questi aspetti emergenti della reumatologia ha ridotto l'attenzione dei pediatri sulle novità circa malattie ormai conside-

rate consolidate nella conoscenza comune, come la malattia reumatica (MR). Anche la ricerca è andata progressivamente scemando per una graduale riduzione dell'incidenza nei Paesi ad alta industrializzazione.

La MR resta, comunque, la prima causa di cardiopatia acquisita nei Paesi in via di sviluppo.

Nell'esperienza della nostra UO la MR è però una patologia di non raro riscontro: nella casistica reumatologica è la terza causa di ricovero dopo la vasculite di Schoenlein-Henoch e la malattia di Kawasaki. Ha una incidenza pressoché costante nell'ultimo triennio, pari a 0,6% dei ricoveri totali per anno, e a circa il 25% dei ricoveri in DH reumatologico. È quindi da valutare attentamente nella diagnosi differenziale, per il polimorfismo clinico segnalato in questi ultimi anni.

Si tratta – come si sa – di una complicanza non suppurativa secondaria a infezione da streptococco beta-emolitico di gruppo A (SBEGA) che può coinvolgere vari distretti dell'organismo. La patoge-

nesi è secondaria al processo di "cross-mimicry", per identità molecolare tra antigeni dello streptococco (proteina M) e proteine umane [1]. È nota la presenza di familiarità correlata a una suscettibilità genetica. La biologia molecolare ha segnalato l'alta frequenza di un particolare allele correlato al sistema HLA di classe II, nei soggetti affetti [2].

Recenti segnalazioni affidano un importante ruolo alla presenza di un particolare fenotipo di toll like receptors di tipo 2 (TLR-2): questi recettori sono un elemento fondamentale dell'immunità innata e chiave della risposta immunitaria mediata dall'infiammazione nei riguardi di strutture batteriche quali lipoproteine o peptidoglicani [3].

I criteri di Jones rappresentano ancora oggi il "gold standard" per la diagnosi (tabella 1). La presenza di due criteri maggiori o di uno maggiore e due minori ne rende assai probabile la diagnosi [4-5]. I due criteri maggiori più frequentemente segnalati nelle casistiche internazionali sono l'artrite e la cardite, raro l'eritema marginato e praticamente inesistente il riscontro di noduli sottocutanei e quindi, in oltre il 30% dei casi, la diagnosi avviene con la presenza di un solo criterio maggiore e due criteri minori.

Restano esclusi dall'utilizzo dei criteri di Jones la corea e la cardite silente, quest'ultima definita come una cardite reumatica in assenza di altri segni specifici della malattia.

Ci sono ancora argomenti di discussione sull'uso didattico e rigido dei criteri per il sospetto o la conferma di diagnosi di malattia reumatica. Molto discussa è la necessità della dimostrazione di una pregressa infezione da SBEGA tramite la positività del tampone faringeo, dell'elevazione progressiva del TAS e dell'anti-DNasi B: alla positività congiunta delle due determinazioni anticorpali si attribuisce una specificità superiore al 90%. Secondo recenti segnalazioni il criterio indispensabile della dimostrazione di

Per corrispondenza:
 Francesco De Maddi
 e-mail: francesco.demaddi@ospedalecardarelli.it

il punto su

pregressa infezione streptococcica potrebbe essere la causa di una sottostima della frequenza di malattia reumatica, con ricaduta sul numero di pazienti con cardiopatia acquisita; d'altro canto il riscontro di pregressa infezione streptococcica nei casi dubbi, quali per esempio artrite monoarticolare, può essere di supporto diagnostico.

Da considerare, infine, nell'ambito delle numerose questioni aperte la controversa PANDAS, acronimo di Paediatric Auto-immune Neuropsychiatric Disorder Associated with Streptococcal Infection. La malattia, classificata nelle patologie neurologiche autoimmuni in età pediatrica, è caratterizzata dalla presenza di tic e/o disturbi ossessivi-compulsivi in età pre-puberale a seguito di una infezione streptococcica. Restano discusse a tutt'oggi la sua esistenza e l'eventuale terapia (antibiotici, tonsillectomia, e recentemente l'uso di IgEV) [6-7].

I tre casi clinici che presentiamo si prestano alla discussione di alcuni problemi che riguardano la diagnosi e la terapia della MR.

Primo caso: la cardite

Luigi M., di 5 anni, viene ricoverato per febbre persistente. La madre riferisce frequenti episodi di faringo-tonsillite e il riscontro, all'età di 6 mesi, di un soffio cardiaco diagnosticato come di probabile natura funzionale, ma non studiato con ecocardiogramma.

Presenta febbre elevata continuo-remitte con picchi di 39 °C da circa 7 giorni; vi è stata una fugace comparsa di esantema maculare ai glutei e alle cosce. Ha assunto claritromicina e paracetamolo. Negli ultimi due giorni solo febbricola serale. Lamenta artromialgie agli arti inferiori. Viene inviato al pediatra di famiglia per sospetto di malattia di Kawasaki.

Luigi presenta febbre e pallore mucocutaneo, assenza di linfadenopatie. Le mucose congiuntivali e orali sono normali, il faringe è iperemico. Le articolazioni sono indenni.

All'auscultazione si riscontra un soffio protomesosistolico di timbro apparentemente dolce, di intensità 2/6 secondo Levin, che non diminuisce d'intensità in ortostatismo. Gli organi ipocondriaci sono nella norma. La pressione arteriosa

TABELLA 1: CRITERI DI JONES

CRITERI DI JONES	
<i>Maggiori</i>	<i>Minori</i>
<ul style="list-style-type: none"> ■ Poliartrite migrante ■ Cardite ■ Eritema marginato ■ Noduli sottocutanei ■ Corea 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Febbre ■ Artralgie ■ Indici infiammatori ■ Allungamento dell'intervallo PR all'ECG ■ Insufficienza mitralica o aortica all'ecocardiogramma
<p><i>Evidenza di precedente infezione da streptococco beta-emolitico di gruppo A</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tampone faringeo positivo • Titolo elevato di anticorpi antistreptococco <p>La presenza di due criteri maggiori o di un criterio maggiore e due criteri minori indica un'alta possibilità di febbre reumatica, se supportati dall'evidenza di pregressa infezione da streptococco beta emolitico di gruppo A</p>	

è 90/60 e la frequenza cardiaca è 90 batt/min.

All'ingresso globuli rossi 3.460.000/mmc; Hb 9,4 g/dl; globuli bianchi 9890/mmc; neutrofili 63,7%. La PCR è 58 mg/l, la VES è 34 mm/1 h e il TAS 915 UI/ml.

Modesto, e non significativo, aumento delle transaminasi e della LDH, tampone faringeo negativo per la ricerca di streptococco beta-emolitico di gruppo A. All'ECG ritardo della conduzione intraventricolare dx, con atipie aspecifiche del tratto ST.

L'esecuzione dell'ecocardiogramma praticato, per escludere una malattia di Kawasaki incompleta, ha permesso di formulare la diagnosi di cardite reumatica, in quanto ha evidenziato "valvola mitrale con lembo anteriore iperecogeno e insufficienza mitralica di grado medio. Minimo rigurgito aortico. Arterie coronarie di normale origine e decorso. Piccolo scollamento pericardico lungo atrio e ventricolo dx, con scollamento max di 8 mm; assenza di tamponamento".

Luigi fa terapia con Prednisone ed Enalapril per quattro settimane, embricati con ASA per altre quattro settimane e profilassi con penicillina benzatina.

L'ecocardiogramma di controllo, dopo venti giorni, dimostra la scomparsa dello scollamento pericardico con progressiva

riduzione del danno valvolare. È in corso follow-up cardiologico con ulteriore progressivo miglioramento, a tre mesi, dell'insufficienza valvolare sia mitralica che aortica. L'ECG è risultato normale.

Commento

In questo caso è stata determinante l'esecuzione dell'ecocardiogramma per la dimostrazione della cardite reumatica (criterio maggiore necessario per la diagnosi). Da segnalare l'uso di ACE-inibitore nella fase iniziale della terapia per la prevenzione dell'insufficienza cardiaca sintomatica.

Secondo caso: la corea

Mario C., 11 anni, ha acquisito uno sviluppo psicomotorio normale e adeguato all'età. Due anni prima ha intrapreso terapia non bene precisata per la presenza di comportamenti aggressivi nei confronti dei familiari e di compagni di scuola. La causa scatenante viene addebitata alla separazione dei genitori. Da circa dieci giorni presenta movimenti rapidi delle mani e del corpo non finalizzati, presenza di andatura incerta e difficoltà all'addormentamento. All'ingresso in reparto si presenta pallido con ipercinesie a carico degli arti superiori, caratterizzate da movimenti di estroflessione

del gomito e innalzamento della spalla. Ha disartria e difficoltà alla scrittura. È vigile con sensorio integro; l'esame neurologico rivela la presenza di modesta ipotonia muscolare con ROT evocabili. Non si riscontrano artralgie, e gli esami fisico e cardiaco risultano normali. Anche gli esami di laboratorio risultano normali, in particolare la PCR è di 0,80 mg/l e la VES è 6 mm/h. Il TAS è 975 UI/ml. Non è stata praticata l'anti-DNasi B per problemi tecnici.

Negativa la ricerca di SBEGA nel tampone faringeo. L'ECG e l'ecocardiogramma sono nei limiti della norma. Posta diagnosi di corea reumatica, Mario ha intrapreso terapia con aloperidolo (0,01 mg/kg), con risultati iniziali discreti e profilassi secondaria con penicillina benzatina. L'EEG e la RM encefalo, con particolare riguardo ai nuclei della base, sono risultati normali.

Commento

Il caso clinico descritto non offre difficoltà diagnostiche differenziali con la malattia di Tourette, i tic cronici, le PANDAS. Purtroppo il bambino non si è presentato al follow-up, per cui non abbiamo potuto definire l'efficacia terapeutica dell'aloferidolo.

Terzo caso: la monoartrite e poi...

Giovanni V, di anni 7, viene ricoverato per febbre e dolore alla cavaglia destra. L'anamnesi familiare e personale risultano non significative. La madre riferisce che il pediatra ha praticato circa 15 giorni prima vaccinazione trivalente (MPR). Nega traumi recenti. Al ricovero le condizioni generali sono buone ed è presente un modesto rialzo febbrile. L'articolazione tibio-tarsica destra appare tumefatta, rossa e calda al tatto, producendo difficoltà a una normale deambulazione. Assenza di interessamento di altre localizzazioni articolari. Non presenta soffi cardiaci all'auscultazione, con pressione arteriosa e frequenza cardiaca adeguate all'età. L'esame toracico risulta normale e gli organi ipocondriaci sono nei limiti della norma. Il faringe è iperemico.

Degli esami segnaliamo 13.620 globuli bianchi mmc /dl, con il 72% di neutrofili. Normale il valore dei globuli rossi, emoglobina e piastrine. Il tampone farin-

geo è negativo per SBEGA, il TAS è 374 UI/ml. Il 2° prelievo, dopo 7 giorni, dimostra un modesto aumento con 418 UI/ml; la DNasi B è normale. Alto il valore della PCR (68 mg/l) e modicamente aumentato il valore della VES (37 mm/h). L'ecografia dell'articolazione tibio-tarsica non evidenzia versamenti intrarticolari. L'ECG è risultato normale con il tratto PR normale. Il dosaggio degli anticorpi IgM anti-rosolia è risultato positivo. È stata intrapresa terapia con ibuprofene con buona risoluzione dei sintomi articolari e dimissione temporanea con diagnosi presuntiva di artrite post-vaccinale, con invito al rientro in Day Hospital per praticare controlli clinici e di laboratorio.

Alla sospensione dell'ibuprofene (dopo due settimane) si registrano l'innalzamento della temperatura e la comparsa di artralgie con carattere migrante. Al nuovo ricovero in Day Hospital viene praticato, per la presenza di un soffio pansistolico di timbro rude e d'intensità 1-2 / 6 sec Levin, un ecocardiogramma che riscontra un lieve rigurgito mitralico e aortico da edema valvolare. Posta diagnosi di cardite reumatica, Giovanni pratica terapia con Prednisone e in seguito ASA.

È in profilassi con penicillina benzatina. Il controllo clinico-strumentale a 6 mesi dimostra l'assenza di esiti valvolari.

Commento

Esistono prove sicure che la vaccinazione contro la rosolia può comportare artrite acuta. La negatività dell'evidenza di un'antecedente infezione streptococcica, unitamente a un reperto ascoltorio cardiaco normale, ha escluso inizialmente la diagnosi di malattia reumatica. Alla sospensione dei FANS, la ricomparsa della sintomatologia articolare e il reperto cardiaco hanno permesso di formulare l'esatta diagnosi. Come da protocollo interno, la terapia ha previsto l'uso di corticosteroidi anche in caso di cardite lieve.

Commento ai casi

La presenza di monoartrite (si veda il terzo caso di questo report) è segnalata in circa il 20% dei casi, con una frequenza nettamente superiore negli studi effettuati nei Paesi in via di sviluppo. Il caso cli-

nico in questione, presentando un criterio maggiore meno frequente (monoartrite), due criteri minori (febbre e aumento della PCR) con la non evidenza di pregressa infezione streptococcica, solleva la questione della necessità di sottoporre tutti i pazienti ospedalizzati per febbre e artrite a un ecocardiogramma: permane il dubbio, nei nostri pazienti, di una possibile diagnosi precoce con l'esecuzione dell'ecocardiogramma al primo ricovero, anche in assenza di segni clinici e strumentali di cardite. Anche nel primo caso clinico, presentatosi con febbre e artromialgie, la diagnosi è stata posta in seguito all'esecuzione dell'ecocardiogramma con il riscontro di cardite in presenza di febbre, indici infiammatori elevati e titolo significativo del TAS. L'attuale protocollo interno prevede, da circa tre anni, l'esecuzione dell'ecocardiogramma in caso di febbre persistente di origine sconosciuta e/o artrite, per il sospetto di MR o malattia di Kawasaki [8-9]. A tutt'oggi l'uso dei corticosteroidi nella cardite lieve (definita dall'assenza di scompenso cardiocircolatorio) è discusso. In letteratura esistono scarsi elementi a favore dell'uso di corticosteroidi nella cardite reumatica anche senza scompenso cardiaco, considerando la possibile riduzione della frequenza degli esiti valvolari. Altri e recenti lavori non attribuiscono nessun vantaggio all'uso dei corticosteroidi vs ASA in corso di cardite lieve [10]. Il nostro approccio terapeutico è prudente e prevede, al momento e in attesa di nuove e convincenti prove della letteratura, l'uso di corticosteroidi in tutti i casi di interessamento valvolare. La corea di Sydenham o corea minor (secondo caso) è la forma più comune di corea acquisita nell'infanzia. Colpisce soprattutto bambini con una età compresa tra i 5 e i 15 anni con un rapporto maschi-femmine di 1:2. È caratterizzata da movimenti involontari, non stereotipati, aritmici, con eventuale associazione di disturbi comportamentali [11]. La terapia della corea reumatica è tuttora argomento di dibattito. La malattia, anche se autolimitante e benigna, perdurando spesso alcuni mesi, può essere causa di notevoli disagi per la vita di relazione dei pazienti. I farmaci usati non hanno dato risposte univoche nelle numerose ricer-

che farmacologiche degli ultimi anni. Nel secondo caso l'uso di aloperidolo ha dato discreti risultati iniziali, non controllati in seguito per l'impossibilità di proseguire il follow-up. Recenti lavori che confrontano l'uso nella corea reumatica di aloperidolo, carbamazepina o acido valproico, assegnano a questo la maggiore efficacia in associazione a minori effetti collaterali [12]. ♦

Per l'elaborazione e la scrittura dell'articolo non sono stati utilizzati fondi, strumenti, attrezzature, materiali, provenienti dall'esterno della struttura in cui gli Autori hanno operato.

Bibliografia

- [1] De Rosa G, Stabile A, Rigante D, et al. Rheumatic heart disease in children: from clinical assessment to therapeutical management. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2006 May-Jun;10(3):107-10.
- [2] Stanevicha V, Eglite J, Zavadska D, Sochnevs A, et al. HLA class II DR and DQ genotypes and haplotypes associated with rheumatic fever among a clinically homogeneous patient population of Latvian children. *Arthritis Research & Therapy* 2007;9:R58 (10 June 2007).
- [3] Guilherme L, Ramasawmy R, Kalil J. Rheumatic Fever and rheumatic heart disease: genetics and pathogenesis. *Scand J Immunol* 2007 Aug;66(2-3):199-207.
- [4] Olgunturk R, Canter B, Tunaoglu FS, Kula S. Review of 609 patients with rheumatic fever in terms of revised and updated Jones criteria. *Int J Cardiol* 2006 Sep 10;112(1):91-8.
- [5] Pereira BA, da Silva NA, Andrade LE, et al. Jones criteria and underdiagnosis of rheumatic fever. *Indian J Pediatr* 2007 Feb;74(2):117-21.
- [6] Pavone P, Parano E, Rizzo R, et al. Autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infection: Sydenham chorea, PANDAS, and PANDAS variants. *J Child Neurol* 2006 Sep;21(9):727-36.
- [7] De Oliveira SK. PANDAS: a new disease? *J Pediatr (Rio J)* 2007 May-Jun;83(3):201-8.
- [8] Ozkutlu S, Ayabakan C, Saraçlar M. Can sub-clinical valvitis detected by echocardiography be accepted as evidence of carditis in diagnosis of acute rheumatic fever? *Cardiol Young* 2001 May; 11(3):255-60.
- [9] Saxena A. Diagnosis of rheumatic fever: current status of Jones Criteria and role of echocardiography. *Indian J Pediatr* 2000 Apr;67(4):283-6.
- [10] Cilliers AM, Manyemba J. Anti-inflammatory treatment for carditis in acute rheumatic fever. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, volume 3, 2003.
- [11] Martino D, Tanner A, Defazio G, et al. Tracing Sydenham's chorea: historical documents from a British paediatric hospital. *Arch Dis Child* 2005 May;90(5):507-11.
- [12] Hernandez-Latorre MA, Roig-Quilis M. The efficiency of carbamazepine in a case of post-streptococcal hemichorea. *Rev Neurol* 2003 Aug 16-31; 37(4):322-6.

Associazione Culturale Pediatri Centro per la Salute del Bambino/ONLUS

Servizio di Epidemiologia, Direzione Scientifica, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

Newsletter pediatrica numero 22

LA SORVEGLIANZA DELLA LETTERATURA PER IL PEDIATRA

Bollettino bimestrale, Volume 4, pagg. 80-98

Su questo numero

Presentazione	pag. 81
Letteratura primaria	
Efficacia di una singola dose di desametasone orale nel trattamento della bronchiolite	pag. 82
Soluzione ipertonica nebulizzata per il trattamento della bronchiolite	pag. 82
Efficacia della tonsillectomia nei bambini con PFAPA	pag. 83
Probiotici nel trattamento della diarrea acuta	pag. 85
Il trattamento farmacologico del vomito in età pediatrica	pag. 86
Diagnosi di colesteatoma in età pediatrica	pag. 86
Esposizione al Thimerosal ed esiti neuropsicologici nel bambino	pag. 87
Disidratazione ipernatremica nei bambini allattati al seno e suo riconoscimento	pag. 88
Tempo di esposizione alla TV ed esiti sociali e comportamentali	pag. 89
Profilassi neonatale con vitamina K nel Regno Unito	pag. 90
Utilità del trattamento precoce nei bambini con porpora trombocitopenica idiopatica	pag. 91
Alimentazione del bambino e sviluppo di sintomi atopici	pag. 92
Epidemiologia della tubercolosi in età pediatrica in Europa	pag. 95
In breve	pag. 97
Cochrane Database of Systematic Review	
Il primo aggiornamento del 2008	pag. 98
Per corrispondenza:	
Luca Ronfani	e-mail: ronfani@burlo.trieste.it tel. e fax 040 3785401
Anna Macaluso	e-mail: newsletter@csbonlus.org tel. 040 3220447, fax 040 3224842

E il morbillo come va?

Luisella Grandori

Responsabile prevenzione vaccinale ACP

Parole chiave *Epidemiologia. Morbillo. Vaccinazione antimorbillosa*

In Italia

La scadenza per l'eliminazione del morbillo, prevista dal Piano Nazionale per il 2010, si avvicina. Il traguardo sembra però ancora lontano. Le epidemie osservate nel 2006 e nel 2007 sono segnali inequivocabili di una situazione vaccinale tuttora inadeguata. I dati nazionali più recenti sulle coperture contro il morbillo risalgono al 2005, quando erano pari all'87% a 24 mesi, valore ben lontano da quello indispensabile per eliminare la trasmissione autoctona della malattia: 95% a livello nazionale e almeno 90% in ogni Regione. Nel 2005, 13 Regioni su 21 avevano coperture <90%. I dati di copertura del 2006 non sono stati pubblicati e sarebbe interessante sapere perché. Così come servirebbe conoscere le coperture, oltre che a 24 mesi di età, nei bambini più grandi anche per la 2^a dose. Basse coperture o una sola dose possono determinare un pericoloso serbatoio di suscettibili in grado di provocare epidemie.

I cluster epidemici del 2006, a partenza da gruppi nomadi Rom e Sinti, segnalati a Bolzano, in Lazio e in Sardegna, hanno coinvolto anche la popolazione generale, mettendo in luce una condizione di fragilità. Tra il 2007 e il primo trimestre del 2008 sono stati segnalati 635 casi di morbillo in Piemonte, 130 in Lombardia, 48 in Emilia-Romagna, 40 in Toscana, 34 in Puglia [1]. Se è innegabile che vi sia stato un miglioramento della sorveglianza della malattia e della gestione delle epidemie – entrambe validamente sostenute dall'ISS – dobbiamo però constatare che il morbillo è ancora presente nel nostro Paese con le sue conseguenze attese di ricoveri (53 segnalati), esiti permanenti e morti evitabili (1 segnalata).

In Europa

L'andamento del morbillo nella Regione Europa OMS negli ultimi cinque anni mostra complessivamente un drastico

calo della malattia nel 2007 (6817 casi) rispetto al picco di frequenza osservato nel 2006 (55.734 casi). Tuttavia molti Paesi hanno segnalato un elevato numero di casi e di epidemie [2]. Nel 2007 la Svizzera e il Regno Unito hanno registrato entrambi più di 1000 casi e sono ai primi posti per incidenza della malattia (>1 per 100.000) come la Romania e l'Irlanda. L'Italia risulta tra i Paesi con incidenza moderata (0,1-1 per 100.000), insieme a Germania, Polonia, Spagna, Belgio e Malta [3]. Il problema appare concentrato prevalentemente nell'Europa occidentale (60%), in Paesi con coperture vaccinali inferiori alla media europea (94,7% nel 2006). Come atteso, la maggior parte dei casi (87%) riguarda persone non vaccinate. In questa fase del programma di eliminazione, si sono evidenziate lacune organizzative, come la scarsa attenzione alla vaccinazione degli operatori sanitari suscettibili contagiati durante l'assistenza, ma anche fenomeni legati a fattori sociali o culturali che rappresentano una sfida non facile. L'aumento della mobilità facilita la trasmissione della malattia da un Paese all'altro e il contatto con gruppi di persone non vaccinate, come i nomadi o comunità religiose contrarie alle vaccinazioni. Il rifiuto delle vaccinazioni, e in particolare dell'antimorbillosa, è presente anche nella popolazione generale di diversi Paesi europei, Italia compresa. Sono molti e complessi i fattori che influiscono sull'adesione alle vaccinazioni, e le motivazioni del rifiuto andrebbero analizzate con imparzialità e lucidità. Forse non è un caso, ad esempio, che le coperture vaccinali siano tanto elevate nei Paesi scandinavi dove non è mai esistito l'obbligo, ma esiste invece una fiducia complessiva in chi governa la cosa pubblica.

Negli USA

Dopo l'introduzione estesa della vaccinazione, gli USA sono passati da 3-4 milioni di casi di morbillo all'anno a meno di 100, verosimilmente tutti collegati a casi importati. Ultimamente sono state registrate anche epidemie, se pure numericamente contenute. Sono 12 i casi segnalati in California nei primi mesi del

2008, in altrettanti bambini non vaccinati, contagiati da un piccolo che si era recato in Svizzera con la famiglia [4]. Sette le persone coinvolte in un'epidemia nel 2007, in occasione di un evento sportivo internazionale, a partenza da due ragazzi giapponesi [5]. Nel 2005, furono 34 i casi nell'Indiana che interessarono, anche questa volta, quasi solo persone non vaccinate [6]. Spesso la mancata vaccinazione era motivata dal rifiuto, accettato come motivo di esenzione in 21 Stati. Anche se le coperture vaccinali risultano molto elevate (>95% in età scolare), le richieste di esenzione presentano differenze geografiche che variano dall'1% fino al 18% [7].

In Africa

Finalmente una bella notizia: in Africa, dal 2000 al 2006 le morti per morbillo sono calate del 91%, passando da circa 396.000 a 36.000, grazie a uno sforzo straordinario di implementazione delle campagne vaccinali, che hanno garantito l'esecuzione anche della seconda dose [8]. Ciò prova, se fosse necessario, ma non lo è almeno su queste pagine, che la vaccinazione contro il morbillo funziona. Questo bel risultato ha diminuito del 68% le morti per morbillo nel mondo intero, visto che la maggior parte avveniva in Africa. Evitare che questi bambini muoiano di morbillo è una buona cosa, ma per vivere "sani" avrebbero bisogno di altro: meno guerre, acqua pulita, cibo e serenità. ♦

Bibliografia

- [1] Epicentro. Focus morbillo. <http://www.epicentro.iss.it/focus/morbillo/morbillo.asp>.
- [2] WHO Europe. Measles and rubella surveillance Bulletin. 28 February 2008.
- [3] Muscat M, Bang H, Glismann S. Measles is still a cause for concern in Europe. *Euro Surveill* 2008;13(16):pii=18837.
- [4] CDC. Outbreak of measles San Diego, California, January-February 2008. *MMWR* 2008; 57(8):203-6.
- [5] CDC. Multistate measles outbreak associated with international youth sporting event, August-September 2007. *MMWR* 2008; 57(7):169-73.
- [6] Parker AA, Staggs W, Dayan GH, et al. Implication of a 2005 measles outbreak in Indiana for sustained elimination of measles in the United States. *N Engl J Med* 2006;355:447-55.
- [7] Steinhauer J. Public health risk seen as parents reject vaccines. *NYT*, 21 march 2008.
- [8] Zaracostas J. Mortality for measles fell by 91% in Africa from 2000 to 2006. *BMJ* 2007;335:1173.

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

Molte novità sui farmaci per bambini

Antonio Clavenna, Filomena Fortinguerra

Centro di Informazione sul Farmaco e la Salute, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano

Parole chiave Esomeprazolo. GERD. EMEA. PIPs. Reazioni avverse

Sperimentazioni in pediatria: scarsa attenzione alle reazioni avverse

L'attenzione posta alla valutazione della sicurezza di impiego dei farmaci durante la pianificazione e l'esecuzione degli studi clinici in pediatria è ancora insufficiente. È quanto emerge da una revisione di 739 studi pediatrici, pubblicati tra il 1996 e il 2002. 549 studi riportavano, nella sezione dei materiali e metodi, dettagli su come era stato condotto il monitoraggio della sicurezza del farmaco, ma solo per 13 studi era stato previsto un *Safety Monitoring Committee* (SMC), un comitato indipendente con il compito di monitorare la sicurezza del farmaco oggetto di studio. In 270 studi (36,5%) è stata osservata la comparsa di reazioni avverse da farmaci, in 80 dei quali si erano verificate reazioni di grado moderato o severo. Altri 6 studi sono stati interrotti prima del previsto proprio a causa delle reazioni avverse. In 83 studi (11%) si sono verificati casi di morte, non correlati al trattamento farmacologico a giudizio dei ricercatori.

(Sammons HM et al. *Safety in paediatric clinical trials – a 7-year review. Acta Paediatr* 2008;97:474-7)

Regolamento Europeo sui medicinali per uso pediatrico: i primi studi

Il Regolamento Europeo relativo ai medicinali per uso pediatrico, entrato in vigore il 26 gennaio 2007, si pone come obiettivo il miglioramento della salute della popolazione pediatrica dell'Unione Europea, agevolando lo sviluppo e l'immissione sul mercato di specialità medicinali specifiche per i bambini. Il regolamento prevede che le aziende farmaceutiche per avere un'autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC) di medicinali per uso umano presentino dei Piani di Indagine Pediatrica (PIPs), programmi di ricerca e sviluppo che mirano ad acquisire i dati di qualità, sicurezza ed efficacia necessari per determinare le condizioni in cui un medicinale possa essere autorizzato per uso pediatrico, sia che si tratti di nuovi farmaci che di nuove indicazioni di far-

maci già esistenti. La valutazione dei PIPs spetta al *Paediatric Committee* dell'EMA, tenendo conto che gli studi clinici devono essere realizzati solo se presentano potenziali benefici terapeutici, onde evitarne la duplicazione, e che le esigenze per la realizzazione degli studi sulla popolazione pediatrica non causino ritardi nell'autorizzazione per la popolazione adulta.

Al 31 marzo 2008 l'EMA ha approvato 5 PIPs:

► tre per la popolazione pediatrica di tutte le fasce di età

1. L-asparaginasi (soluzione iniettabile o per infusione) nella cura della leucemia linfoblastica acuta e nel linfoma linfoblastico;
2. Capsfungina (polvere per soluzione per infusione o per concentrato per soluzione per infusione) nel trattamento delle infezioni fungine;
3. Latanoprost (collirio) nel trattamento del glaucoma;

► due per alcune fasce di età

1. Losartan (comprese rivestite con film e formulazione liquida) nel trattamento dell'ipertensione e della proteinuria nei bambini a partire dai 6 mesi di età;
2. Montelukast (granuli e compresse masticabili) nel trattamento dell'asma intermittente nei bambini tra 6 mesi e 5 anni di età.

Il *Paediatric Committee* ha espresso parere favorevole per i PIPs di altri 5 farmaci:

- Paliperidone, per il trattamento della schizofrenia, farmaco già approvato nell'UE a metà del 2007 negli adulti per la stessa indicazione;
- Doripenem, antibiotico ad ampio spettro, già sottoposto ad approvazione nella UE per il trattamento delle infezioni intraddominali complicate e del tratto urinario;
- Docetaxel, farmaco antitumorale;
- Ezetimibe, farmaco ipocolesterolemizzante;
- Vaccino coniugato per meningococco A e difterite.

(<http://www.emea.europa.eu/htms/human/paediatric/decisions.htm>)

Etica e sperimentazioni pediatriche: le raccomandazioni europee

La versione definitiva delle raccomandazioni sugli aspetti etici nell'ambito degli

studi clinici condotti nella popolazione pediatrica, elaborate dall'EMA (Quaderni acp 2006;13:268) è disponibile sul sito della Commissione Europea.

Lo scopo delle raccomandazioni è quello di contribuire alla promozione e alla tutela della dignità, del benessere e dei diritti dei minori, che sono vulnerabili e non in grado di fornire un consenso informato. Particolare enfasi è posta all'acquisizione del consenso informato da parte dei genitori/tutori e dell'assenso del minore, alla valutazione del protocollo da parte del comitato etico, alle procedure che consentano di prevenire/minimizzare rischi, stress e paura e alla necessità di evitare duplicazioni/replicazioni degli studi.

(http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/eudralex/vol-10/ethical_considerations.pdf)

Malattia da reflusso GE: la FDA approva l'esomeprazolo per uso pediatrico

La *Food and Drug Administration* ha approvato l'esomeprazolo per terapie di breve durata in bambini di età compresa tra 1 e 11 anni, nel trattamento della malattia da reflusso gastroesofageo (GERD). Sono state approvate due formulazioni: capsule a rilascio ritardato e soluzione liquida. L'esomeprazolo era già stato approvato nel 2006 per il trattamento della GERD negli adolescenti di 12-17 anni con un dosaggio di 20-40 mg/die. Il dosaggio di esomeprazolo approvato per i bambini di 1-11 anni è di 10 mg o 20 mg/die. L'approvazione è avvenuta mediante estrapolazione dei dati di precedenti studi clinici compiuti in una popolazione adulta a pazienti in età pediatrica, oltre che a studi di sicurezza e di farmacocinetica, eseguiti in pazienti in età pediatrica. In uno studio, 109 pazienti di età compresa tra 1 e 11 anni, a cui era stata diagnosticata la malattia da reflusso gastroesofageo, sono stati trattati con esomeprazolo una volta al giorno, fino a 8 settimane, per valutare la sicurezza e la tollerabilità del farmaco. La maggior parte di questi pazienti ha mostrato guarigione dalle erosioni esofagee al termine dello studio. I più comuni eventi avversi riscontrati in questa popolazione, nel corso del trattamento con esomeprazolo sono stati: cefalea, diarrea, dolore addominale, nausea, meteorismo, costipazione, secchezza delle fauci e sonnolenza.

(<http://www.fda.gov/bbs/topics/NEWS/2008/NEW01802.html>)

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

Informazioni per aiutare un bambino e un genitore. Da 0 a 5 anni

Stefania Manetti*, Antonella Brunelli**

*Pediatra di famiglia, ACP Campania; **Direttore di Distretto AUSL Cesena, ACP Romagna

Questa raccolta di consigli e informazioni è in parte tratta da un libricino inglese, Birth to five, edizione 2006, prodotto dal Sistema Sanitario del Regno Unito e distribuito a tutti i nuovi nati. Abbiamo adottato lo stile di questa "guida" perché ci è sembrato importante non dare direttive ma semplicemente – come propone Birth to five – dare ai genitori una serie di informazioni e suggerimenti utili ai fini di un sostegno alla loro esperienza genitoriale. Ogni argomento è stato rivisto e modificato in rapporto al nostro contesto e alla nostra cultura.

Parole chiave Genitorialità. Sicurezza auto. Pulizia. Neonato. Gemelli

Introduzione

Cari genitori, non avete bisogno di un libro su come essere un bravo genitore, ma a volte, quando si hanno delle ansie o delle domande semplici o più complesse che provengono da altrettante preoccupazioni, vi succede di consultare libri o giornali. Proviamo quindi a condividere con voi una guida molto semplice da consultare in momenti particolari. Forse vi aiuterà, mamme e papà, nel costruire una buona relazione con il vostro bambino. Ogni genitore conosce il meglio per il proprio figlio. Non esistono guide, risposte, formule o consigli vincenti e validi per tutti; si tratta, semplicemente, di trovare dentro se stessi le capacità, che ognuno di voi ha, di allevare il proprio figlio cominciando a mettersi in prova con una certa dose di sicurezza. Con queste informazioni, scritte con rispetto verso i vostri orientamenti, preferenze, tradizioni e culture, cercheremo di aiutarvi in questa bellissima e unica esperienza di persone impegnate nella responsabilità della crescita di un nuovo essere umano. Un unico consiglio: osservate vostro figlio e cercate le risposte ai suoi bisogni seguendo il vostro istinto in modo di realizzare finalmente un incontro fra voi, senza esperti e con il maggior confronto possibile. Tanti cari auguri.

La prima settimana

Il ritorno a casa, specie per un genitore alla prima esperienza è l'inizio di un processo di conoscenza tra mamma o papà e il suo bambino. Man mano che si acquistano sicurezza e confidenza, le cose diventano più semplici; nelle prime settimane, ma forse possiamo dire anche nel primo mese, è proprio la conoscenza reciproca la base di

tutto l'accudimento. Non abbiate timore di toccare il vostro bambino, di tenerlo in braccio o nel marsupio. I bambini hanno bisogno di contatto fisico e di sentirvi vicini, con la voce e con il corpo. Parlate con lui/lei sempre, o ancora meglio cantate, cantate quello che vi piace di più, piacerà anche a lui/lei: la vostra voce piace, è conforto, ma anche un modo importante per entrare in sintonia. Così come lo sguardo, cercate il suo sguardo e guardatelo negli occhi mentre lo allattate o parlate con lui/lei.

Qualche consiglio sulla pulizia

Forse troverete utili alcune indicazioni a cui fare riferimento se avete dei dubbi, se cercate conferme, e alcuni consigli sulla sicurezza del vostro bimbo in casa nel corso di queste attività.

La pulizia delle parti esposte

Lavate con delicatezza, ma ogni giorno, tutte le parti più esposte e le estremità, cioè il viso, il collo, le mani e il culetto del bimbo. Per farlo, scegliete un momento della giornata nel quale sia sveglio e tranquillo, e assicuratevi che la stanza sia sufficientemente calda. Non è necessario, come si suggerisce, che il bimbo sia digiuno. Tenete a portata di mano tutto quanto servirà: acqua tiepida, asciugamani, ovatta, un pannolino pulito, abiti puliti. Poggiate il bambino sulle ginocchia o sul fasciatoio, togliete i vestiti, a eccezione della maglietta e del pannolino; avvolgetelo nell'asciugamano. Inumidite l'ovatta nell'acqua e passatela delicatamente intorno agli occhi partendo dal naso, usando un batuffolo di ovatta pulito per ogni occhio. Con un batuffolo pulito pulite il contorno delle orecchie ma non l'interno. Procedete nello stesso modo per pulire il resto del viso,

collo e mani, e tamponate delicatamente con l'asciugamano. Ora procedete a cambiare il pannolino.

Il bagnetto

Un bagnetto, due o tre volte alla settimana, è più che sufficiente, ma potete farlo anche tutti i giorni se questo momento piace al bimbo. Evitate i momenti in cui appare stanco o affamato. Assicuratevi che la stanza sia calda, preparate tutto ciò di cui c'è bisogno: la vaschetta con l'acqua calda, l'ovatta, due asciugamani (in caso di incidenti!), un sapone liquido (da evitare se c'è una particolare secchezza della cute; in questo caso è da preferire un delicato olio da bagno), un pannolino pulito e vestiti puliti.

Assicuratevi che l'acqua sia tiepida, non calda: fate la solita prova col polso o il gomito. Immergete delicatamente il bimbo nella vaschetta usando una mano per sostenere le braccia e la testa, che deve rimanere fuori dall'acqua. Usate l'altra mano per sciacquare delicatamente senza spruzzare. **Non lasciate mai il bimbo solo nell'acqua;** nemmeno per un secondo.

Togliete il bimbo dall'acqua e asciugatelo, facendo particolare attenzione alle pieghe delle cosce, delle braccia e del collo. Si può utilizzare questo momento per eseguire un massaggio con olio: molti bambini apprezzano questa pratica e li aiuta a rilassarsi e a dormire. È prudente eseguire queste azioni sull'asciugamano poggiato a terra poiché sia voi che lui potreste essere scivolosi.

Se vi sembra che il bimbo sia spaventato dal bagnetto e piange, provate a fare il bagno insieme a lui, ma assicuratevi che l'acqua non sia troppo calda (il termostato dello scaldabagno **non deve superare i 54°C**). È più semplice e più sicuro se qualcun altro tiene il bimbo mentre entrate/uscite dall'acqua.

Per corrispondenza:
Stefania Manetti
e-mail: stefaniamanetti@virgilio.it

informazioni per genitori

TABELLA: CARATTERISTICHE UTILI ALLA SCELTA (TRATTA DALLA CLASSIFICAZIONE ECE 44)

Tipologia ECE 44	Descrizione	Vantaggi	Criticità	Note
0: peso < 10 kg 0+: peso < 13 kg	Sedili bambino montati contromano	Ottima ritenuta di schiena/collo/testa in urto frontale Contenimento in urto laterale	In generale incompatibile con airbag frontale passeggero Non sempre di facile montaggio	Il sistema di attacco ISOFIX* può contribuire ai problemi di montaggio Non interferisce con airbag laterali
I: fra 9 e 18 kg II: fra 15 e 25 kg	Sedili bambino in direzione di marcia	Buona ritenuta complessiva Buona geometria anti-submarining per evitare lo scivolamento in avanti Buona protezione in urto laterale e posteriore	Compatibile con airbag passeggero ma consigliato arretramento sedile Non sempre di facile montaggio	Il sistema di attacco ISOFIX può contribuire ai problemi di montaggio Non interferisce con airbag laterali
III: fra 22 e 36 kg	Rialzi della seduta	Utilizza le normali cinture di sicurezza. Rialza solo la seduta Destinato esclusivamente a una migliore vestibilità della cintura per adulti		Non interferisce con air bag laterali

*ISOFIX è un sistema automatico di fissaggio del seggiolino all'autoveicolo.

Andiamo fuori?

Il bimbo è pronto per andare fuori quando specie la mamma si sente abbastanza in forma e sicura per farlo.

Attenti anche a voi e non solo a lui. Quando portate in giro il bimbo in carrozzina o passeggino, non portatelo con un solo braccio, poiché questo procura sforzo ai muscoli e alle articolazioni, e provoca mal di schiena. Portate invece la carrozzina con due mani e tenetela vicino.

Passeggiare

Camminare fa bene a tutti e due. Un bimbo leggero si porta facilmente anche nel marsupio a qualsiasi età.

Quando è freddo

Assicuratevi che il bimbo sia ben coperto col tempo brutto. I piccoli si raffreddano molto facilmente. Ma **spogliatelo quando entrate in un ambiente caldo**, anche se sta dormendo.

Quando è caldo

I bambini sono vulnerabili agli effetti del sole, poiché la loro pelle è sottile ed è ridotta la loro capacità di produrre il pigmento melanina, che serve a proteggere dalle scottature da sole. Ai bambini con capelli biondi o rossi, occhi chiari e lentiggini bisogna prestare più attenzione poiché più chiara è la pelle, minore è la melanina prodotta, e maggiore è la probabilità che il bimbo si scotti. Se ha meno di sei mesi, non esponetelo al sole. Anche i bambini più grandi devono comunque essere sempre protetti, sia con gli indumenti che con i filtri ad alta protezione.

Uscire in automobile

È assolutamente molto pericoloso portare un bambino in auto senza i dispositivi di sicurezza raccomandati sia sul sedile anteriore sia su quello posteriore dell'auto. I

sistemi per gli adulti (cinture di sicurezza e airbag) sono inadatti a tenere fermi e proteggere i bambini fino a circa 36 kg di peso e a 12 anni di età. I bambini crescono rapidamente e per questo motivo sono necessari sistemi di sicurezza diversi a seconda delle varie età. L'unico modo per portare in auto un bambino è di metterlo nel **seggolino con le cinture di sicurezza**. Tenete a mente questi dati. Se mettiamo il bimbo su un **seggolino**, il rischio si riduce del 50%. Se il seggiolino è **adeguato all'età e al peso**, il rischio si riduce ancora del 30%. Se il seggiolino è **fissato** correttamente all'auto, il rischio si riduce ancora del 10%. Quindi, se facciamo **tutte queste cose in maniera corretta**, riduciamo il rischio del 90%. In alcune aree è possibile trovare in prestito seggiolini per affrontare il primo viaggio di ritorno a casa dal reparto di maternità. Informatevi, prima dell'ingresso in ospedale, se questo prestito è previsto. Se non è previsto, procuratevi il seggiolino adatto prima di uscire. Se nell'automobile è presente l'airbag per il passeggero anteriore, non si deve mettere il seggiolino nel sedile anteriore (neppure se girato all'indietro) per il pericolo di soffocamento provocato dall'airbag. L'unico modo per posizionarlo è quello di escludere l'airbag, ma è meglio non correre rischi. Se viene posizionato sul sedile posteriore, il posto migliore è quello centrale se con cintura a tre punti, o quello laterale destro. Nella tabella sono riassunte le indicazioni per scegliere i seggiolini per auto in base al peso del bambino e sono riportate alcune caratteristiche utili nella scelta. Attenzione a scegliere il tipo giusto!

Due (o più) gemelli

I genitori con un solo bambino pensano che averne due insieme sia lo stesso tipo di

esperienza, moltiplicata per due. Non è così. Prendersi cura di due (o più) gemelli è molto diverso che farlo per figli di età diverse: sicuramente c'è una gran mole di lavoro e spesso si ha necessità di trovare modalità differenti per eseguire le stesse cose.

Stabilite l'aiuto che vi serve perché avete bisogno del maggiore sostegno possibile da parte delle istituzioni, della famiglia o di altri. Chiedete al comune se esistono facilitazioni o contattate i servizi sociali per un aiuto, e chiedete quali sono le opportunità per questi casi: qualche ora di aiuto domestico potrebbe fare molta differenza.

Potete ricevere notevole aiuto anche da parenti e amici, ma può essere utile anche mettersi in contatto con altri genitori di gemelli: attraverso queste associazioni si possono incontrare genitori con esperienze, trovare supporto e consigli pratici. Spesso potete trovare anche oggetti di seconda mano quali carrozzine e passeggini per gemelli. **Forse il vostro pediatra di famiglia vi può mettere in contatto con altri genitori di gemelli.**

Presso l'Istituto Superiore di Sanità, che è l'organo tecnico-scientifico del Servizio Sanitario Nazionale è stato istituito il Registro Nazionale dei gemelli: si tratta di un registro, nato nel 2001 e costituito dal progressivo arruolamento di coppie di gemelli residenti in Italia (registro.nazionale.gemelli@iss.it - via Giano della Bella 34 - 00162 Roma. Tel. +39 06 49904171-73-55. Fax +39 06 49904151).

Su questo sito è possibile trovare molte informazioni anche sulle più importanti associazioni sia italiane che straniere, oltre a informazioni di ordine generale che riguardano il mondo dei gemelli. ♦

Libri: occasioni per una

Libri per bambini da zero a novanta e più anni

La definizione "libri per bambini" è spesso riduttiva. Ci sono lavori che affascinano per la bellezza e l'originalità di tavole e contenuti. Sono quasi sempre cartonati, che piaceranno sicuramente ai piccoli, ma anche gli adulti potranno apprezzare la qualità delle immagini, l'ironia e la profondità dei testi.

Sono usciti in questo ultimo anno diversi titoli molto interessanti. Ne segnalò tre.

Anna Grazia Giulianelli



Gilles Bachelet
(testo e illustrazioni)
Napoleon Champignon

Motta junior, 2006
pp. 35, euro 15,90

Uscito in Francia nel 2006 e già edito anche in italiano, si tratta di un cartonato gigante con tavole e testi straordinari. L'Autore racconta la vita di Napoleone: nascita, matrimonio e carriera di quello che sarà celebrato come un grande condottiero. La campagna d'Egitto, la sconfitta russa, il matrimonio sono affreschi dove ogni particolare rivela qualcosa a patto di guardarlo con attenzione.

Già dal titolo, *Fungo Napoleone*, lo stile narrativo è all'insegna dell'ironia mentre i testi sono decisamente antimilitaristi. Tutti i personaggi hanno vistosi cappelli da fungo, dal *Boletus* alla *Amanita*, ai finferli in un grottesco quadro d'autore. Bachelet, un creativo all'insegna del *divertissement*, affida a tavole ricchissime la storia di Napoleone e accompagna le immagini con commenti estremamente efficaci. In quarta di copertina ci ricorda che *i funghi sono come le persone. Alcuni sono deliziosi, altri appena commestibili, altri ancora veri e propri veleni*. Se il personaggio storico è molto amato dai francesi, Bachelet sembra volerci ricordare altri primati di Napoleone, che ha inventato l'esercito di leva portando al macello generazioni di giovani francesi.

C'è anche una morale: "*Chi a tutti la guerra fa tutto solo resterà*": parrebbe una giusta punizione; per Napoleone è andata così, purtroppo i condottieri di oggi non sono più soli delle loro vittime.

Se per i piccoli sarà difficile cogliere tutti gli aspetti di un lavoro simile, saranno comunque divertiti dalle grandi tavole colorate che potranno guardare cento volte, scoprendo ogni volta qualcuno o qualcosa di nuovo.



Wolf Erlbruch
(testo e illustrazioni)

L'Anatra, la Morte e il Tulipano

Edizioni E/O
pp. 32, euro 13

Questo grande autore tedesco di libri per bambini si cimenta nel tema più difficile da affrontare per piccoli e grandi: la morte. Lo fa con la sacralità che l'argomento merita e con la leggerezza necessaria in un libro per piccoli, anche se non per piccolissimi. *L'Anatra* scopre con orrore di avere accanto a sé, come un'ombra, la Morte. La consapevolezza di questa presenza accompagna la vita dell'Anatra. Allo spavento iniziale subentra un sentimento particolare di amicizia. La Morte è capace di affetto e di comprensione.

L'Anatra continua serenamente la vita di ogni giorno. Interroga la Morte e accetta il mistero che la Morte porta con sé. Il Tulipano non compare mai nel testo, ma la Morte lo porta sempre con sé per posarlo sull'Anatra nel suo ultimo viaggio. È il tocco gentile della vita e della morte. Le tavole sono come la storia,

essenziali ma fortemente suggestive. Difficile definire un libro come questo "libro per bambini" e anche ingiusto: abbiamo tutti bisogno di guardare alla finitezza della vita. È uno sguardo che noi adulti spesso censuriamo mentre potrebbe aiutarci ad affrontare la vita.



Thierry Lenain
(illustrazioni
di Olivier Tallec)
Bisognerà

Edizioni Lapis
pp. 45, euro 13,50

Ho letto due diverse recensioni di questo splendido libro: in una veniva indicato per bambini di 4-5 anni, nell'altra per adolescenti, 14-15 anni. Proprio in questa diversità sta la magia di un libro che racconta il nostro mondo, le guerre, la fame, il disastro ambientale e tutto il peggio che abbiamo messo insieme. Nonostante questo o forse anche per questo, gli Autori devono avere pensato che ogni bambino è un miracolo della vita e ogni nascita porta questo straordinario miracolo. Ai più piccoli la storia piacerà, le tavole naïf possono essere lette e raccontate; i giovani coglieranno il messaggio poiché vivono la sola età della vita in cui cambiare il mondo è urgente e possibile; gli adulti guadagneranno un po' di ottimismo. Fino all'ultima tavola la storia resta sospesa: il protagonista, un bimbo che guarda la terra e anche la luna dalla sua "isola", sembra poco allettato da un mondo così contaminato dagli umani ma alla fine sceglierà e la sua scelta sarà per la vita.

buona lettura

Carabinieri narrative based, nella "modista" di Vitali



Andrea Vitali
La modista

Edizione Garzanti
pp. 385, euro 16,60

Ho appena terminato la lettura dell'ultimo libro di Vitali, autore e collega nonché quasi conterraneo.

La provincia lecchese (Bellano, per l'esattezza) è al centro di tutti i romanzi di Vitali, che sembra conoscere e padroneggiare i personaggi di ogni sua storia.

La prima considerazione è che la professione di medico di base, unita alla sua straordinaria curiosità, abbia reso possibile il felice stile narrativo.

Se fossimo al cinema, penseremmo al filone della commedia all'italiana in cui si ride, ma con piacevole ironia, delle italiane manie.

L'Autore cita il testo della canzone di De Gregori all'inizio del volume, paragonandosi al pianista di piano bar. Il libro si lascia leggere con grande piacere e lo consigliamo caldamente.

Vorrei provare una critica in chiave *narrative based medicine* a partire dai due rappresentanti della legge. Il maresciallo, superficiale e vanesio, mi ha ricordato il medico paternalista che si accontenta di un'apparente verità e non si affanna a capire la realtà profonda.

L'appuntato Marinara, mettendo a frutto conoscenza del contesto, curiosità e doti di ascolto attivo, riesce, invece, a leggere le storie in profondità. Non ho potuto fare a meno di pensare che quest'ultimo rappresenti la nuova figura del medico formato alla "narrative", che non si ferma all'apparenza (anamnesi tradizionale e pregiudizio) e riesce a superare i fossati tra lui e i pazienti dando un senso alle loro storie.

Michele Gangemi

Bambini e adolescenti fra le dieci storie di Longo



Andrej Longo
Dieci

Fabula, Adelphi 2007
pp. 144, euro 15

Dieci, come i comandamenti. Letteralmente.

Dieci storie, nude e crude, dai bassi napoletani, scritte da questo talentuoso e geniale scrittore-pizzaiolo ischitano, ultima scoperta di Roberto Calasso, alias Adelphi, mitica collana italiana di bellissimi libri. Personalità complessa, Longo: scrittore, regista, scenografo, maestro di scacchi e appunto pizzaiolo a tempo perso.

La sua prosa è secca, senza fronzoli o parole inutili. Del resto, per scrivere di Napoli oggi, della camorra, della "monnezza" e del degrado umano e sociale, meglio volare basso basso.

Ma torniamo ad Andrej Longo e alla Napoli di "Dieci".

Alcune delle sue storie riguardano bambini e adolescenti.

In "Non uccidere" ci sono il bambino e il suo papà al luna park, che giocano felici insieme: peccato che il papà sia un killer della camorra, che attende di essere ucciso a sua volta da un momento all'altro.

In "Non commettere atti impuri" c'è la ragazzina che cova un segreto troppo grosso per lei e solo al suo gatto di pezza – chiamato, guardacaso, Monnezza – confessa la violenza subita da un adulto, dal padre e poi, risoluta, va dalla "mamma" ad abortire.

"Dieci" si legge d'un fiato, è un libro bellissimo e tragico. Attualissimo perché parla di Napoli, dei suoi problemi e della sua varia umanità.

Fabrizio Fusco

La capacità dei medici di osservare è stata perfezionata dalla Storia dell'Arte. Gli etnomusicologi e i musicisti hanno insegnato ai medici nuove strade per comprendere i suoni e il silenzio; la pratica delle altre arti li ha aiutati a una comprensione più completa al proprio sentire e a un approfondimento del significato dei propri incontri con i malati.

A. Kleimann (Lancet 2008;371:22)

XX CONGRESSO NAZIONALE ACP

Cagliari, Fiera internazionale
9-10-11 ottobre 2008

VENTI DI ACP

Giovedì 9 pomeriggio

Il bambino con malattia cronica e la sua famiglia: le disuguaglianze e le reti curanti

Venerdì 10 mattino

Ritorno al futuro:
cose pratiche, cose utili

Venerdì 10 pomeriggio

Le attività dell'ACP
Assemblea dei soci

Sabato 11 mattino

I corsi dei gruppi di studio

Sabato 11 pomeriggio

Ricerca e formazione
ore 18,00 chiusura dei lavori

Venerdì 10 si terranno le votazioni per la elezione di 4 componenti del direttivo nazionale *in sostituzione dei consiglieri: Francesco Morandi, Angelica Bonvino, Sandro Bianchi, Giuseppe La Gamba. Restano in carica: Michele Valente, Gianna Patrucco, Lina Di Maio, Laura Todesco.*

I gruppi locali ACP sono invitati a presentare al Presidente le candidature da sottoporre alla votazione. Le candidature possono essere presentate anche durante il Congresso nazionale.

1. Si vota in congresso o per posta. Il voto per posta va espresso sulla scheda che sarà inviata con *Quaderni acp* a tutti i soci. Si può – in caso di non ricevimento – fotocopiare anche la scheda che comparirà su *Quaderni acp*.

2. La scheda dovrà essere spedita al Presidente o a un suo delegato. L'invio delle schede deve avvenire almeno **dieci giorni prima** della data della Assemblea: 10 ottobre (fa fede la data del timbro postale).

3. La scheda deve essere posta all'interno di una busta priva di scritte, la quale a sua volta sarà posta all'interno di un'altra busta sulla quale devono comparire con chiarezza, sul retro, il nome e l'indirizzo del mittente. Le schede devono essere inviate singolarmente.



Basilicata

Nel 2002 il progetto Nati per Leggere (NpL) promosso dall'ACP Puglia e Basilicata, arriva in Lucania. Nello stesso anno il progetto viene approvato e finanziato dalla Regione per cinque anni, con il coinvolgimento attivo dei pediatri, bibliotecari, insegnanti, educatori e volontari. Il progetto viene poi ufficialmente presentato a Matera, presso la Biblioteca Provinciale. L'incontro ha un ottimo esito giacché, oltre alle basi scientifiche (miglior apprendimento della letto-scrittura, maggior successo scolastico, riduzione dell'analfabetismo), emerge l'amorevolezza del gesto della lettura volta dai genitori ai propri figli. "Le storie – diceva Lewis Carroll – sono doni d'amore" e, come tutti i doni di questo tipo, arricchiscono chi li fa ancor di più di chi li riceve.

Dopo la presentazione, nel mese di novembre dello stesso anno, NpL viene avviato ufficialmente a Matera e a Potenza con due giornate di formazione per gli operatori che aderiscono al progetto stesso: pediatri, bibliotecari, educatori, studenti e volontari.

Nel corso di questi due eventi formativi si parlò delle basi scientifiche del progetto con Stefania Manetti, e Pasquale Causa, evidenziando le esperienze statunitensi e anglosassoni e le evidenze prodotte sulla efficacia della lettura ad alta voce nella promozione della literacy.

Il ruolo delle biblioteche fu sottolineato dalla dott. Saja sia come luoghi di accoglienza e di spazi ben organizzati, sia come punti di riferimento per il prestito del libro, per la scelta di libri adeguati e per l'individuazione delle esigenze dei piccoli lettori.

Infine, il contributo pratico di Silvana Alberti e Flavia Manente, pedagogiste e operatrici nei laboratori di lettura di Torino, mostrò il piacere della lettura di storie e i modi per trasmetterlo ai piccoli futuri lettori e alle loro famiglie.

Dopo questo anno di avvio, nel 2003, si svolse a Matera, presso la Facoltà di Lettere dell'Università della Basilicata, un laboratorio di lettura tenuto dalla Alberti e dalla Manente rivolto agli studenti della Facoltà di Scienze dell'Educazione Primaria e ad alcuni insegnanti volontari. Tale laboratorio, coordinato dalla prof. Argenzia Bonora, preparò i partecipanti a rendersi operativi come lettori negli ambulatori pediatrici e ospedalieri.

Successivamente e per la durata di sei mesi, i pediatri di famiglia furono affiancati dagli studenti-lettori. E NpL cominciò la sua diffusione.

A Picerno, grazie alla disponibilità dell'Amministrazione Comunale, all'impegno del pediatra R. Curcio e all'adetta alle biblioteche Assunta Arte, sorse una biblioteca per ragazzi. Il progetto NpL fu presentato nella sala consiliare del paese gremita di studenti, genitori e autorità. In questa occasione, due studenti della Facoltà di Scienze della Comunicazione Primaria lessero due brevi storie, mostrando all'assemblea come può essere piacevole la lettura ad alta voce.

Nel 2004, a Stigliano, il dirigente scolastico, dott. Villani, nell'ambito di un progetto "Una scuola per amico" finalizzato alla prevenzione della dispersione scolastica, fu previsto un modulo formativo per i genitori (sottotitolato "Leggere ad alta voce") e tre per gli alunni. Per dare l'avvio al Progetto fu invitata Rita Valentino Merletti, esperta di letteratura per l'infanzia e scrittrice di diversi libri sull'argomento; in questa occasione intervenne il dott. Nicola D'Andrea.

Successivamente, in un'altra zona della Lucania, la libreria multimediale Isabella Morra di Marconia organizzò un incontro con l'Autore su il "Premio Andersen 2003". Durante la premiazione il dott. Morano, pediatra di famiglia, parlò di NpL in Italia e in Basilicata. E poi, oltre alle tante cose nate, se ne scoprono altre già esistenti e appassionanti come il "Bi-

Nati

blomotocarro" gestito dal maestro La Cava ormai da molti anni, che percorre le strade della Basilicata con la sua biblioteca mobile, un simpatico motocarro azzurro cielo, opportunamente modificato, che trasporta una vera sala di lettura per bambini (tavoli compresi) nei Comuni privi di biblioteche o librerie per ragazzi. Al maestro si affiancarono i pediatri di famiglia con l'intento di illustrare ai genitori il progetto NpL.

Tale collaborazione consente di integrare perfettamente un progetto locale già attivo e valido essenzialmente in età scolare (Bibliomotocarro), con il programma NpL che coinvolge bambini e genitori sin dal primo anno di vita. Questo può attivare le istituzioni locali al fine di diffondere in modo sempre più capillare la cultura della lettura.

Questa collaborazione non presenta particolari esigenze, se non quella di concordare le date delle visite ai vari paesi, ma potrebbe, invece, ottenere un effetto positivo sulle famiglie, abbinando il programma NpL a qualcosa di simpatico, concreto e già produttivo come il "Bibliomotocarro".

Sempre, nel 2004, l'Associazione Culturale "L'Atelier arte", in occasione della personale del maestro Francesco Nesi "Fiabe d'arte" ha invitato il dott. D'Andrea a illustrare il progetto NpL.

Due pediatri di famiglia, il dott. B. Modugno e la dott. L. Vespe, hanno illustrato NpL alla popolazione dei propri Comuni, con la partecipazione attiva delle rispettive amministrazioni. Presso l'istituto materno "Padre G. Minozzi" di Matera, in occasione del progetto "Amico libro", i pediatri di famiglia (Antodaro, Danzi, Lapacciana, Matera e Vespe) hanno illustrato dettagliatamente il progetto NpL alle insegnanti e ai genitori dei bambini della scuola materna.

Il 2004 si è concluso con l'inaugurazione di una piccola biblioteca, presso la scuola elementare "Padre G. Minozzi", e l'illustrazione del Progetto ai partecipanti.

Nel gennaio 2005, presso la scuola elementare del Comune di Oliveto Lucano, un pediatra di famiglia (il dott. Vespe) ha illustrato ai convegni il programma NpL. In tale occasione l'amministrazione

per Leggere

comunale ha regalato un libro a tutti i bambini del paese.

Sempre nello stesso mese, presso la bibliomediateca di Moliterno, è stato illustrato il programma NpL dal dott. D'Andrea alla presenza del sindaco A. Latorraca e dei bibliotecari R. Rubino e N. Lagrutta e le animatrici della coop. Sociale "Ambrosia" R. Forestieri e A. Secchione. In linea con quanto detto all'incontro, il sindaco ha annunciato il dono di un libro a tutti i neonati del comune.

Attualmente è in atto una ciclica distribuzione dei libri da parte dei pediatri durante i bilanci di salute (da 6 mesi a 5 anni). In sintesi il pediatra, durante le visite mediche, offre il libro spiegando i vantaggi scientifici, psicologici e affettivi della lettura ad alta voce. Da quando è cominciata questa attività, la vendita dei libri della fascia 0-4 anni è aumentata addirittura del 100%, come riferiscono i dati di alcune librerie lucane. Inoltre, nei punti nascita e nei consultori lucani viene promosso il "Progetto 6+1" che oltre alla promozione della salute sensibilizza i genitori al valore della lettura ad alta voce.

Da questa esperienza sono emerse delle difficoltà che speriamo possano essere di aiuto ai progetti futuri:

- ▶ non tutti i pediatri di libera scelta partecipano attivamente al programma;
- ▶ l'attività dei lettori negli ambulatori, a volte, è risultata discontinua e poco motivata;
- ▶ le istituzioni, attualmente, sono risultate incuriosite dal programma, ma scarsamente attive;
- ▶ alcuni genitori appaiono intimoriti dal compito della lettura.

Da queste esperienze si possono trarre alcune proposte:

- ▶ motivare economicamente i lettori non studenti;
- ▶ affiancare alla presentazione del progetto la rappresentazione "teatrale" di una storia per affascinare i bambini e illustrare le modalità di lettura ai genitori;
- ▶ inserire una voce NpL nei bilanci di salute dei pediatri;

- ▶ informare in modo capillare i medici di famiglia del programma per un maggior coinvolgimento dei genitori;
- ▶ intervenire con i futuri genitori nei corsi di preparazione al matrimonio;
- ▶ prevedere la presentazione del Progetto durante i corsi di preparazione al parto, sia privati che pubblici.

Nicola D'Andrea

Piemonte

«Se vuoi sollevare un uomo dalla melma e dal fango, non credere di poter restare in alto e accontentarti di stendergli una mano soccorrevole. Devi scendere giù tutto, nella melma e nel fango. Allora afferralo con forti mani e riconduci lui e te alla luce».

Daniel Lifschitz

La saggezza dei chassidim, Ed. Piemme

L'ingresso di NpL in un campo nomadi alla periferia torinese è avvenuto con semplici passi, col garbo e il rispetto con cui delle donne si avvicinano ad altre donne e dialogano con coraggio, libere da pregiudizi. Il Progetto si è attuato al campo nomadi della Barcaiola lungo le rive del fiume Stura, dove vivono attualmente una ventina di famiglie provenienti dalla Romania, alcune delle quali di etnia rom. Ha avuto inizio nell'ottobre del 2007, interessando 12 bambini in età da 0 a 6 anni, ma coinvolgendo un po' tutta la comunità. Affiancati da una signora che da anni segue le vicende di queste famiglie, un medico, un pediatra rumeno e le suore di madre Teresa, abbiamo iniziato con regolarità a visitare le famiglie del campo.

Le problematiche all'interno di un campo sono molteplici e si opera in contesti delicati, diventando così fondamentale instaurare una relazione di amicizia, di fiducia. Il dialogo e l'ascolto dell'altro hanno sempre bisogno di tempi lunghi, ma è un camminare insieme, una conoscenza reciproca; è uno *spostarsi verso* fisicamente ed emotivamente, accogliendo le differenze. Siamo entrati nelle loro baracche, accolti come in una casa: ammirando lo sforzo quotidiano delle donne di vivere dignitosamente una vita che appare privata dei suoi diritti.

Il coinvolgimento dei bambini è stato il più immediato, il più diretto, con la naturalezza con cui solo i bambini sono capaci. Leggere insieme una storia e poi donare quel libro assumeva un valore di complicità, di speranza per la crescita di questi bambini.

Per molti di loro quel libro rappresentava una fonte di stimoli e di rassicurazione, di attenzione rivolta ai loro bisogni, al desiderio di giocare; per i più grandi che non frequentavano la scuola è divenuto uno strumento per imparare a leggere.

Così il messaggio di NpL è stato accolto, passando da baracca in baracca, quando i bambini ci vedevano arrivare, radunandosi intorno a noi e chiedevano altri libri, è stato spontaneo pensare che se li potessero scambiare, sperando che anche la difficile convivenza fra rumeni e rom potesse passare dai più piccoli. Sono state le famiglie del campo a voler sistemare una baracca-biblioteca, un luogo unicamente allestito per le attività di animazione e lettura, dove tutti i bambini possono partecipare ai laboratori di lettura e scrittura, liberando la loro fantasia con disegni e parole: i libri della biblioteca sono una cinquantina fra libri NpL e narrativa per ragazzi; un adolescente del campo ha assunto il ruolo di bibliotecario.

NpL continua il suo viaggio di mediatore sociale verso questa fascia di bambini che si trova in bilico fra due culture, che vive in contesti difficili di precarietà e degrado morale. Il dono di un libro, la possibilità di leggerlo insieme ai genitori rappresentano una possibilità, un gesto concreto di integrazione.

Purtroppo il lavoro precario è una dimensione di vita frustrante (non flessibile) anche per noi italiani. Naturalmente sono ritornata a vivere a Trapani, città difficile ma affascinante come sono la cultura e la natura della Sicilia.

Il medico, Marilena e le suore continuano a frequentare il campo, Valeria Anfossi del Comune di Torino, mi ha contattato per inserire i bambini del Campo Lungo Stura-Lazio nel progetto locale di NpL; speriamo bene.

Lidia Mangiarotti
lidiamangiarotti@libero.it

I determinanti della salute e le disuguaglianze sociali

Le politiche che danneggiano la salute umana vanno identificate e, dove possibile, cambiate. In questa prospettiva la globalizzazione e il mercato sono buoni o cattivi nella misura in cui, nel bene o nel male, influenzano la salute. Le disuguaglianze nella salute tra e all'interno dei Paesi sono evitabili. Non esiste alcuna ragione biologica perché la speranza di vita debba essere di 48 anni più lunga in Giappone rispetto alla Sierra Leone, o 20 anni più corta tra gli aborigeni rispetto agli altri australiani.

Non è tollerabile che solo la metà dei bambini di alcuni distretti di Napoli sia vaccinata contro il morbillo e che a causa di questo si ammali e venga ricoverata in ospedale in un rapporto doppio di quello dei loro coetanei che vivono nel Nord Italia. Non può essere accettato che le malattie cardiovascolari, che costituiscono in Italia la prima causa di morte, siano più frequenti nel Sud e nelle Isole.

È risaputo che chi vive in condizioni disagiate è a maggior rischio di ammalarsi. Ridurre le disuguaglianze sociali nella salute, venendo così incontro ai bisogni delle persone, è un problema di giustizia sociale.

Di disuguaglianza ed equità nella salute si è discusso il 25 marzo scorso a Milano all'Istituto di Ricerche "Mario Negri" con Giovanni Berlinguer, membro della Commissione sui determinanti sociali della salute dell'OMS (http://www.who.int/social_determinants/). Oggi si discute molto, spesso dogmaticamente, su cosa sia giusto o sbagliato nelle politiche economiche e sociali.

L'azione sui determinanti sociali della salute è necessaria non solo per migliorare la salute, ma anche perché quei miglioramenti indicheranno che la società si è mossa per andare incontro ai bisogni delle persone. Molti sono i bisogni di salute ancora inevasi, non solo nei Paesi con scarse risorse. Accrescere la salute complessiva della popolazione riducendo le disuguaglianze dovrebbe essere l'impegno di una politica multisettoriale che intervenga su istruzione, cultura, lavoro, casa, ambiente ed equa distribuzione del reddito. Individuare i bisogni e

caratterizzarli per ciascuna popolazione nel tempo dovrebbe rappresentare la base di una strategia istituzionale volta al miglioramento della "salute per tutti" i cittadini in ogni nazione. Quindi, una strategia fondamentale anche per l'Italia. Ricorre quest'anno il trentennale di un anno fecondo (il 1978) per l'avviamento di iniziative politiche e legislative per la riduzione delle disuguaglianze nella salute agendo (anche) sui determinanti sociali: l'avvio del nuovo Sistema Sanitario Nazionale basato su principi di universalismo; l'approvazione della 194 e della 180; a livello internazionale, ad Alma Ata, veniva lanciata dall'OMS l'indicazione a investire nella medicina di base. Obiettivi, finalità e principi da difendere e (in parte ancora) da realizzare.

Un impegno "per tutti" su cui ritornare a riflettere e (insieme) intervenire. Come ricordato al termine dell'incontro, quando è stata presentata la proposta di organizzare nel corso dell'anno un evento nazionale formale, con la partecipazione delle varie componenti della sanità, sia fruitori che distributori e garanti, per analizzare e ripensare all'efficienza e appropriatezza del Sistema Sanitario Nazionale agli inizi del nuovo millennio.

Maurizio Bonati

Società Europea di Pediatria Ambulatoriale: 18° Congresso

A ottobre 2007 si è svolto a Budapest il Congresso annuale della Società Europea di Pediatria Ambulatoriale (SEPA/ESAP), con oltre 250 partecipanti provenienti da 26 Paesi europei, e un panorama delle cure primarie in Europa. La relazione più rilevante è stata quella del prof. A. Tenore, presidente dell'Accademia Europea di Pediatria (EAP) su "Come cambia l'assistenza nelle cure primarie in Pediatria alle soglie del 21° secolo": ridotte morbilità e mortalità da malattie acute, per le migliori cure e tecnologie; incremento delle malattie croniche; aumento dei flussi migratori; riduzione delle nascite con aumento relativo di quelle con patologia.

A tutti questi cambiamenti i Paesi europei avanzati hanno risposto con differen-

ti modelli di Servizi Sanitari per i bambini. Il 35% può contare sul pediatra delle cure primarie, il 20% sui medici di famiglia generalisti, il resto ha una struttura mista. Secondo Tenore il punto di riferimento per le cure primarie deve essere il pediatra, al quale non si chiede più di fare solo prevenzione, diagnosi e cura delle malattie acute, ma anche di organizzare, gestire e fornire assistenza e cura ai bambini cronici. Ovviamente, per rispondere a queste nuove esigenze, il pediatra delle cure primarie deve essere formato adeguatamente. Purtroppo non c'è stato il tempo per chiarire due aspetti cruciali in tal senso: a chi spetta realizzare questa formazione e verificarne l'efficacia; come garantire uguale accesso alle cure per tutti.

Lo stato delle cure primarie pediatriche in Inghilterra è stato illustrato da Patricia Hamilton, presidente del Royal College of Paediatrics e vicepresidente EAP. L'Inghilterra è uno dei pochi Paesi europei in cui le cure primarie sono gestite dal medico di famiglia generalista, al quale spetta decidere se e quando inviare il bambino al pediatra.

Il generalista ha una formazione specifica in pediatria solo nel 20% dei casi e spesso solo di pochi mesi, mentre il pediatra ospedaliero ha alle spalle un corso di 5-8 anni di studi. Gli indicatori di salute inglesi sono in calo rispetto a quelli di altri Paesi europei, soprattutto rispetto a quelli che hanno sistemi sanitari in cui sono presenti pediatri delle cure primarie; ciononostante l'orientamento inglese resta quello di formare meglio i generalisti che hanno, piuttosto che creare pediatri delle cure primarie. Probabilmente perché in Inghilterra ci sono 50.000 generalisti contro 2400 pediatri.

Laura Reali

L'ansia cresce ma non fa crescere. Genitori, pediatri e la salute dei bambini

Bambini più fragili e più a rischio di patologia o adulti più ansiosi e inadeguati a contenere e reggere tempi e tappe del crescere? Ci stiamo avviando al *medical shopping* anche per sindromi banali, alla

controluce

ricerca di diagnosi e farmaci che risolvano sintomi e comportamenti inadeguati? Fare tagliandi di salute è davvero un modo più efficace di prevenire e curare? I quesiti, riportati sulla locandina e riproposti da S. Garattini, rigoroso e autorevole moderatore del Convegno, accanto all'invito a confrontarsi sulla tutela del bambino dall'ansia di salute a ogni costo e di funzionamento perfetto, hanno richiamato il 15 febbraio 2008 a Bergamo 600 persone coinvolte a vario titolo su un tema certamente attuale e scottante: pediatri, insegnanti, operatori dei servizi, genitori, psicologi, neuropsichiatri.

Michele Gangemi ha tracciato in apertura un quadro del contesto in cui il pediatra si trova oggi a operare, spesso complice di prescrizioni farmaceutiche inappropriate e, nello stesso tempo, vittima di pressioni e richieste immotivate da parte di genitori sempre più portatori di un disagio esistenziale e relazionale, al di là della vera e propria malattia del bambino. Cruciale per il pediatra diventa allora il tempo dedicato all'informazione corretta e supportata dalle evidenze, alla comunicazione e alla cura della relazione con la famiglia.

Decisivo diventa il ruolo della formazione, con un impegno di tempo e una disponibilità oggi non così scontati. Le abilità comunicative in particolare, non da affidare all'istinto o all'attitudine dei singoli, devono diventare oggetto di percorsi formativi specifici e mirati alla complessità della relazione terapeutica in ambito pediatrico.

"Una volta la mamma era davvero il pronto soccorso, con capacità terapeutiche a dir poco miracolose. Da quell'epoca l'impressione è che la mamma abbia perso la capacità di fare dei miracoli...". Su questo G. Pietropoli Charmet ha voluto focalizzare l'attenzione dei presenti, e sui motivi per cui le mamme non "fanno più miracoli" e devono ricorrere o agli scienziati o agli stregoni. In ciò giocano alcuni fattori.

La delega di funzioni di contenimento primario, e quindi di funzioni materne, alle istituzioni parafamiliari, con un più o meno consapevole senso di colpa nei confronti del bambino; un crescente

senso di inadeguatezza a fronte di una nuova prospettiva educativa di cura, di protezione e di tutela, dove diventa minima la quantità di rinunce, sacrifici e apprendimenti che il bambino deve sviluppare per controllare la soddisfazione immediata di istinti e impulsi, e dove ogni tipo di sanzione e limite è severamente bandito; l'arruolamento del padre nella capacità di interpretare i bisogni primari del bambino, con conseguente riduzione della delega totale alla mamma delle capacità di interpretare e risoltrice dei problemi del bambino.

Due sono le soluzioni allora possibili in questo panorama: affidarsi all'esorcista, a rinforzo delle competenze magiche materne, oppure il ricorso al pediatra quale padre e scienziato tecnologico, ai vari livelli del sistema di cure.

In tale ottica G. Torre ha illustrato i maggiori momenti e motivi di ansia genitoriale percepita dagli operatori ospedalieri, e le ripercussioni in termini di risorse disponibili e di efficienza clinica.

M. Meroli ha presentato possibili risposte in termini di competenze e attività organizzate da parte di chi opera nel e per il distretto. A. Barabani e G. Di Mauro hanno dato testimonianza delle paure e dei problemi di salute più frequentemente sottoposti al pediatra di famiglia e spesso riconducibili alla "depressione" del ruolo materno e alle insicurezze che ne conseguono.

Don M. Chiodi, componente del Comitato di Bioetica degli "Ospedali Riuniti" di Bergamo, ha infine ricondotto quanto emerso nel corso del Convegno circa il contesto culturale della medicina nella post-modernità, con aspetti positivi accanto a elementi certamente problematici, soprattutto quando il soggetto della cura è il bambino, più vulnerabile e, come tale, da tutelare anche nei confronti di una iperprotezione di cui oggi rischia di essere vittima, da parte della famiglia e della collettività in cui vive. Con l'auspicio che la comunicazione virtuosa e la relazione dialogica tra le varie figure coinvolte, frutto (etico) di una responsabilità personale, diventino sempre più oggetto di riflessione e di impegno.

Federica Zanetto

La mente musicale del bambino

Organizzato dall'Assessorato all'Istruzione del Comune di Verona si è svolto il 16 febbraio 2008 il Convegno *"La mente musicale del bambino - dalla ricerca teorica indicazioni per un approccio precoce alla musica"*.

La progettazione dell'evento è nata da un efficace lavoro di squadra fra varie istituzioni per richiamare l'attenzione sull'importanza di un approccio precoce alla musica: da una parte l'Assessorato che ha aderito al progetto nazionale "Nati per la Musica", con il Conservatorio di Musica e l'Accademia Filarmonica di Verona, dall'altra i pediatri con il presidente ACP Michele Gangemi.

Il numero dei partecipanti ha confermato la validità dell'iniziativa: erano presenti al Palazzo della Gran Guardia 700 persone fra educatori di nidi, dirigenti e docenti di scuole d'infanzia, primarie e secondarie, pediatri, musicisti e genitori. Si è parlato di sviluppo mentale del bambino in rapporto alla musica, prima e dopo la nascita, dell'importanza che il canto della madre riveste fin dalla gravidanza e del significato e delle modalità di diffusione di Nati per la Musica. Sono state presentate esperienze in asili nido e scuole dell'infanzia, sottolineando quanto sia rilevante l'esplorazione sonora, l'invenzione, l'imitazione e la creazione musicale per la crescita del bambino.

Il Convegno, allietato dalle performances di giovani musicisti delle Scuole musicali veronesi e del Conservatorio, si è concluso con una esibizione dell'Associazione Gruppi Corali di Verona, a testimonianza dell'importanza del coro come strumento per socializzare attraverso la musica. È stato inoltre presentato, con l'esecuzione di alcuni brani dal vivo, il raffinato cd "Ninne nanne, conte e filastrocche", realizzato dagli allievi del locale Conservatorio.

Molta soddisfazione alla fine della giornata, occasione ancora una volta per noi pediatri per essere stupiti e catturati da un universo, quello musicale, che ci sta appassionando sempre di più. ♦

Stefano Gorini

Gli occhi verso il cielo: *Il cacciatore di aquiloni* di Marc Forster

Italo Spada

Comitato cinematografico dei ragazzi

Un bel film, tratto da un bellissimo romanzo. È questo, in sintesi, *Il cacciatore di aquiloni*, diretto da Marc Forster e tratto dall'omonimo romanzo di Khaled Hosseini. Con questo telegrafico giudizio si vuole accantonare immediatamente l'eterno dibattito tra *letteratura e cinema* (è meglio il film o il romanzo?) per dedicare più spazio a ciò che romanzo e film dicono, con una storia che ha affascinato milioni di persone in tutto il mondo. Una storia di amicizia tradita e riscattata tra due ragazzini afgani, Amir e Hassan, uniti dai giochi, dalla passione per le gare di aquiloni e dall'affetto che Baba, il padre del primo, riversa su tutti e due. Amir, appartenente all'etnia *pash-tun*, è il padroncino; Hassan, *hazara*, il servo fedele. La questione razziale non influenzerebbe minimamente la loro amicizia se non ci fosse Assef, il bullo di turno che odia gli *hazara* e che si vendica di uno smacco subito, violentando Hassan. Amir vede tutto e non ha il coraggio di intervenire. Avviato sulla strada della viltà, pensa di cancellarne persino il ricordo, architettando un furto inesistente, riversandone la colpa su Hassan e provocandone la definitiva estromissione. Anni dopo, emigrato con il padre in America per sfuggire all'invasione sovietica, laureato, sposato e divenuto romanziere di successo, Amir scriverà: *"Sono diventato la persona che sono oggi all'età di dodici anni, in una gelida giornata invernale del 1975. Ricordo il momento preciso: ero accovacciato dietro un muro di argilla mezzo diroccato e sbirciavo di nascosto nel vicolo lungo il torrente ghiacciato. È stato tanto tempo fa. Ma non è vero, come dicono molti, che si può seppellire il passato. Il passato si aggrappa con i suoi artigli al presente. Sono ventisei anni che sbircio di nascosto in quel vicolo deserto. Oggi me ne rendo conto"*. Inizia per lui, in tal modo, un viaggio di ritorno, che ha tutto il sapore del riscatto. Dalla California, richiamato da un amico

del padre, Amir torna a Kabul, scopre che Hassan, rimastogli fedele fino alla morte nonostante il torto subito, altri non era che il figlio illegittimo di suo padre e che Assef è diventato un feroce talebano, stupratore di bambini. Non è tutto. In qualche posto c'è un bambino di nome Sohrab, figlio di Hassan e suo nipote. È l'occasione per disseppellire il passato e riscattare il gesto di viltà che gli pesa sulla coscienza. Film e romanzo sono proibiti in Afghanistan, perché sullo sfondo scorrono trent'anni di storia di quel martoriato Paese, che vanno dalla caduta della monarchia all'invasione russa e all'avvento dei talebani. Per poter girare questo film, la Paramount ha spostato il set nelle montagne afgane dalla parte cinese, ha dovuto tenere nascosta la sequenza dello stupro del bambino, ha ritardato di sei settimane la prima nelle sale americane per sottrarre i bambini protagonisti a possibili rappresaglie. Organizzati i visti e il trasferimento, quattro di quei bambini potranno ora completare gli studi all'estero, ma per tante altre innocenti vittime l'inferno non è finito. Tra le sequenze più impressionanti va ricordata, infatti, quella in cui Amir, alla ricerca di Sohrab, va a finire in un lercio orfanotrofio dove sono accolti tanti bambini rimasti soli al mondo. È giocoforza, allora, accostare spontaneamente quegli sguardi smarriti alla felicità che, in altri tempi, i bambini di Kabul sprigionavano nella più bella scena di tutto il film, quella della gara degli aquiloni. Il contrasto è stridente. Per Forster *"era importante ricreare l'atmosfera di Kabul negli anni '70, con le strade colme di colore e di vita in un Paese in cui la borghesia era piena di speranza, e poi rivisitare la stessa città dopo l'invasione sovietica, esplorare il senso di perdita di identità fra esiliati e profughi in un Paese violentato e distrutto"*; per chi si occupa di infanzia abbandonata è fondamentale riflettere che ora, in Afghanistan, gli aquiloni non volano più e che i ragazzini non fanno più a gara nel cacciare quelli abbattuti. Perché? Cosa c'è di male in un gioco innocente? I talebani hanno delle spiegazioni che convincono solo i fanatici religiosi, quelle stesse

addotte contro la sequenza dell'innocente ballo solitario della piccola Nadereh de *Il silenzio* di Mohsen Makhmalbaf, quelle del vecchio schifoso mullah che si invaghisce della piccola Marina in *Osama* di Siddiq Barman, quelle dell'ignorante Ghorbanali Naderi che tiene recluse in casa le figlie ne *La mela* di Samira Makhmalbaf. La verità, com'è probabile, è che un aquilone, per i talebani, è fonte di peccato, perché costringe a tenere gli occhi verso il cielo e invita non solo all'amicizia, ma anche al volo e alla libertà. Quando Amir, alter ego di Khaled Hosseini, capisce il vero significato del volo degli aquiloni ha già spezzato, purtroppo, il filo dell'amicizia ma, avendo già visto con i suoi occhi i veri peccati che gridano vendetta davanti a Dio, ha ancora tutto il tempo per tornare ad essere buono, per correre felice sulla strada della redenzione, ripetendo al nipotino la stessa frase che trent'anni prima gli aveva detto l'amico-fratello Hassan: *"Per te un milione di volte, Sohrab"*. ♦



Il cacciatore di aquiloni
(*The Kite Runner*)

Regia: Marc Forster

Con: Atossa Leoni, Ahmad Khan Mahmidzada, Khalid Abballa, Zekeria Ebrahimi

USA, 2007

Durata: 131'

Per corrispondenza:

Italo Spada

e-mail: italospada@alice.it

Congresso Nazionale ACP 2008. Elezioni cariche direttive

Durante il Congresso Nazionale ACP di Cagliari si terrà l'elezione di quattro componenti del Consiglio Direttivo ACP, in sostituzione dei consiglieri Francesco Morandi, Angelica Bonvino, Sandro Bianchi e Giuseppe La Gamba, tutti in scadenza nel 2008.

Restano in carica: Michele Valente, Gianna Patrucco, Lina Di Maio e Laura Todesco. I gruppi locali ACP sono invitati a presentare al Consiglio Direttivo le candidature da sottoporre alla votazione (vedi anche a pag. 135).

Un gruppo, un indice

Sabato, 19 gennaio 2008, i gruppi di lettura di Milano, Verona e Vicenza, in collaborazione con la redazione del bollettino di sorveglianza della letteratura ACP/CSB, si sono confrontati a Verona sul percorso comune compiuto nel corso del 2007. Hanno partecipato all'incontro anche Laura Reali, referente del gruppo formazione ACP, i pediatri dei gruppi di Asolo, Bassano e Venezia, che stanno iniziando la collaborazione del rispettivo gruppo locale alla stesura della newsletter, gli specialisti di Monza e Verona (il percorso di lettura critica è inserito da quest'anno nell'ambito delle attività formative delle due Scuole di Specialità in Pediatria di Milano, Bicocca e di Verona) e Luisella Grandori. Partecipare a "un gruppo, un indice" si è confermata anche in questo secondo anno un'originale possibilità formativa e un'occasione di analisi della letteratura e di confronto con conoscenze ed esperienze personali inerenti alla propria pratica professionale. Gli specialisti presenti hanno sottolineato l'approccio critico alla letteratura che si confronta con l'esperienza. Si è riproposto, anche su loro sollecitazione, il bisogno di periodici momenti di approfondimento sugli aspetti metodologici dell'analisi critica degli articoli, pur riconoscendo la risorsa rappresentata in tal senso dall'essere parte di un gruppo, con un "tutor" appartenente al gruppo stesso. Si è sottolineata l'importanza formativa del commento di ritorno da parte della redazione rispetto ai lavori selezionati e alle schede elaborate. Si è ipotizzata anche la creazione di una pagina

web dove collocare e poter consultare articoli o materiale non immediatamente inseribili nella newsletter, ma di possibile interesse didattico per i gruppi di lettura e per i pediatri lettori del bollettino. Si è ricordata l'importanza della ricaduta di "un gruppo, un indice" all'interno del rispettivo gruppo locale ACP e del suo significato come proposta di integrazione culturale tra ospedale e territorio, al di là della lettura personale e individuale. Ci si è confrontati inoltre sul previsto avvio della sorveglianza della letteratura inerente al tema della pediatria dello sviluppo, in linea con le priorità di intervento individuate dall'ACP nel triennio in corso. Per una maggiore conoscenza e diffusione della newsletter ACP/CSB e del suo valore formativo, si è proposto l'invio "random" del bollettino ai pediatri ACP che al momento non ne hanno ancora fatto richiesta. Grandori ha infine illustrato gli aspetti cruciali della selezione, segnalazione e valutazione di articoli rilevanti in ambito vaccinale e ha assicurato la sua collaborazione ai gruppi di lettura sugli studi sui vaccini e sulle strategie di Sanità pubblica. Informazioni aggiuntive, tratte dai bollettini nazionali e internazionali, da lei "sorvegliati", andranno a migliorare la leggibilità e fruibilità dei commenti pubblicati sulla newsletter in tema di vaccinazioni. Anche questa volta l'incontro è stato ricco di sollecitazioni e proposte per continuare in modo interessante e rilevante un percorso formativo in cui il pediatra che vi è coinvolto può interrogarsi e confrontarsi correttamente con le proprie conoscenze e con le proprie prassi.

WONCA Italia. Pediatria di famiglia e Medicina generale

A Milano, sabato 15 marzo 2008, nel corso della riunione del gruppo WONCA Italia, cui partecipa anche ACP, si sono poste le basi per l'organizzazione di un Convegno (da svolgersi a inizio 2009) sul tema della continuità delle cure fra Pediatria di famiglia e Medicina generale, un aspetto ancora poco affrontato in termini di riflessione e soprattutto di proposte. Nella situazione attuale è evidente una forte discontinuità fra i due Servizi, con il passaggio a 14 anni dal pediatra al medico di medicina generale

inteso più spesso come atto meramente burocratico, senza un rapporto diretto fra pediatra e medico generale e senza prevedere, salvo rare eccezioni, un "passaggio di consegne" reale, con la trasmissione di informazioni importanti sullo stato di salute e sulla storia sanitaria del piccolo paziente. Tra gli obiettivi del Convegno, su cui si è attivato un gruppo di lavoro in cui ACP è rappresentata da Patrizia Elli, sono stati individuati, in particolare, l'analisi delle caratteristiche e delle criticità della situazione attuale, la riflessione su esperienze di collaborazione già in atto fra pediatria di famiglia e medicina generale, il confronto con quanto si verifica negli altri Stati europei nel rapporto tra pediatria e medicina generale, la proposta di progetti di formazione e ricerca condivisi su temi comuni alle due professionalità, l'elaborazione e presentazione di un documento di consenso WONCA Italia.

L'ACP referente per la formazione in Valle d'Aosta

La Valle d'Aosta, la più piccola delle Regioni italiane, è fatta di piccoli numeri: gli abitanti sono 125.000, di cui circa 16.000 in età 0-14 anni; l'ASL è una sola per l'intero territorio regionale; i nati sono circa 1200 all'anno, che vengono alla luce per più del 95% nell'unico Punto Nascita della Regione: di essi, circa il 14% nasce da immigrate (50% magrebine). La consistenza attuale della Pediatria presente in Regione è la seguente: 11 pediatri dell'unica Divisione Ospedaliera nella sede di Aosta, 17 pediatri di base nei 4 Distretti in cui è suddiviso il territorio regionale, 5 pediatri di comunità di cui 2 svolgono anche l'attività di PLS, 4 neuropsichiatri infantili a copertura delle attività intra ed extra-ospedaliere.

È motivo di soddisfazione che Assessorato Regionale alla Sanità e ASL abbiano dato un riconoscimento alle attività di formazione e autoformazione, intraprese più di 15 anni fa da un gruppo di colleghi ospedalieri e di territorio ispirati dalla filosofia ACP.

I primi incontri avvenivano a livello volontaristico tale era l'urgenza percepita da alcuni di noi di arrivare ad affrontare temi organizzativo-gestionali comuni

a ospedale e territorio e di giungere a concordare protocolli diagnostico-terapeutici sulla patologia più corrente. Poi venne il tempo della revisione di essi, che facemmo ancora tra noi, avvertendo però la necessità di una supervisione esterna. Fu motivo di orgoglio e di speranza per il futuro, avere per un giorno, per noi e per i colleghi che vennero numerosi dal Piemonte, un'autorità della cultura pediatrica nazionale come il prof. Panizon ad ascoltarci e a darci indicazioni qualificate e stimolanti.

Questa fu l'occasione che portò presso le Istituzioni Sanitarie Regionali il lavoro che fino ad allora avevamo condotto da... "carbonari": i protocolli presentati furono oggetto di deliberazione aziendale per interessamento del Direttore di Area Territoriale ASL di allora. Nulla però veniva riconosciuto in termini di tempo e di crediti ai colleghi... volenterosi. Tanto che gli accordi regionali per la PLS del 1998, al capitolo della formazione, parlavano di "riorganizzazione delle attività della formazione permanente obbligatoria, tenuto conto della presenza in ambito regionale di gruppi di autoformazione permanente aderenti ad Associazioni riconosciute a livello nazionale". Gli Accordi Regionali del 2002 si espressero poi così: "L'Azienda collabora con l'Associazione Culturale Pediatri per la formazione continua e l'aggiornamento professionale".

Successivamente, con l'arrivo del nuovo Primario della Pediatria, gli incontri tra colleghi dell'area pediatrica (7 all'anno) hanno avuto un riconoscimento formale da parte dell'Azienda. Dapprima essa ufficializzò la loro durata, come debito orario di formazione e poi anche come ECM, dopo che l'ACP ha assunto l'impegno di produrre e validare linee guida, percorsi assistenziali e profili di cura.

Un passo avanti molto importante è stato quello degli ultimi Accordi Regionali di PLS del 2007 che non solo fanno riferimento per la formazione all'ACP in specifico, ma riconoscono ai pediatri di avere tra di loro un referente di formazione, figura mai esistita in Valle; fatto quasi incomprensibile per altri contesti regionali. Questa lacuna faceva sì che, in passato, i pediatri fossero associati alla medicina generale per gli eventi formativi regionali, orientati quasi esclusivamente alla patologia dell'adulto.

TABELLA

"Argonauti 2007" – Messina, 4-6 maggio 2007 – 134 partecipanti			
Entrate		Uscite	
ISCRIZIONI	25.980,00 €	SALE CONGRESSUALI	3.024,00 €
COMUNE Messina	2.000,00 €	IMPIANTI TECNICI	5.640,00 €
PROVINCIA Messina	3.000,00 €	COLAZIONI DI LAVORO	14.168,00 €
REGIONE Sicilia	2.500,00 €	OSPITALITÀ RELATORI	3.048,00 €
		SPESE STAMPA E POSTA	2.790,00 €
		SEGR. ORGANIZZATIVA	3.720,00 €
		SIAE	175,00 €
		ECM	260,00 €
TOTALE	33.480,00 €	TOTALE	32.825,00 €
AVANZO DI GESTIONE	655,00 €		
"Neuropsichiatria quotidiana per il pediatra" – Roma, 5-6 ottobre 2007 – 206 partecipanti			
Entrate		Uscite	
ISCRIZIONI	28.220,00 €	SALE CONGRESSUALI	8.844,53 €
		COLAZIONI DI LAVORO	7.950,00 €
		OSPITALITÀ RELATORI	3.903,86 €
		SPESE STAMPA E POSTA	2.960,00 €
		SEGR. ORGANIZZATIVA	4.200,00 €
		SPETTACOLO	1.194,43 €
TOTALE	28.220,00 €	TOTALE	28.963,12 €
DISAVANZO DI GESTIONE	743,12 €		

Il testo dell'ultimo accordo al capitolo Formazione recita: "La formazione del pediatra di LS è volta principalmente a ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici degli assistiti in età pediatrica e a renderli appropriati alle esigenze di razionalizzazione della spesa sanitaria anche al fine di un'integrazione tra le varie figure professionali dell'Area Pediatrica (PLS, Consultoriali e Ospedalieri).

(omissis)

L'Azienda USL collabora con l'ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI (ACP) presente sul territorio regionale anche attraverso l'individuazione di un referente di formazione, nominato dai pediatri di LS che svolge, tra l'altro, le seguenti funzioni:

- ▶ definizione dei bisogni formativi distrettuali;
- ▶ elaborazione del piano annuale di aggiornamento professionale;
- ▶ collaborazione alla organizzazione delle iniziative;
- ▶ valutazione dell'attività formativa e dell'impatto della stessa sulle attività dei pediatri di libera scelta;

▶ monitoraggio della formazione svolta al di fuori del territorio regionale".

La maggior parte degli eventi formativi e di aggiornamento, a prescindere da chi dell'area pediatrica (PLS, Consultoriali o Ospedalieri) abbia l'incarico di proporlo all'Ufficio Formazione dell'ASL, ha una condivisione comune per l'organizzazione e la successiva partecipazione tra le varie figure professionali, sempre per la logica dei piccoli numeri di cui si è detto all'inizio e che ci vede nettamente penalizzati nell'offerta rispetto alle Regioni più grandi.

Marco Debernardi

ACP Valle d'Aosta, referente formazione PLS Valle d'Aosta

I bilanci dei Congressi ACP

Per aderire all'obbligo di trasparenza che deve orientare l'ACP anche nelle sue manifestazioni congressuali pubblichiamo a confronto i bilanci dei Congressi "Argonauti" e "Neuropsichiatria quotidiana per il pediatra" (vedi *tabella*).

Nel prossimo numero pubblicheremo il bilancio del Congresso Nazionale 2007.

La tetta di caucciù

Egregio direttore,

nel 2006 sono rimasta incinta e ho cominciato a comprare riviste specializzate di puericoltura. Già da allora notai la pubblicità di un biberon, e in particolare la foto di una bellissima coppia, la mamma splendida e il bambino che stringeva affettuosamente a sé, bello come il sole, dolce, docile, paffutello, il bambino ideale...

Mesi dopo ho notato qualcosa di strano e mi sono decisa a inviare una lettera allo IAP (Istituto di Autodisciplina Pubblicitaria):

“Vorrei pregarVi di controllare la pubblicità del “Primo Biberon Benessere Chicco”, apparsa su Donna&Mamma n. 227 (luglio 2007) perché potrebbe contenere messaggi completamente sbagliati riguardo all’allattamento. La pubblicità in questione, agli occhi di una madre, specialmente se al primo figlio, sembra incoraggiare l’allattamento artificiale e rischia, con le sue ambigue informazioni, di compromettere l’allattamento materno per quelle donne che hanno fatto questa scelta. Tutti i pediatri concordano sulle qualità indiscutibili del latte materno; tuttavia nel nostro Paese sono pochissime le strutture idonee a fornire le giuste informazioni e il necessario supporto alle madri che vorrebbero allattare. Pertanto, la pubblicità in questione, può creare dubbi e cattiva informazione. In particolare, vorrei segnalarVi i seguenti messaggi:

1. *“Garantisce un corretto allattamento e...”. Il corretto allattamento è quello materno, il latte artificiale è un sostituto.*
2. *“... appaga il suo naturale istinto a poppare”: non è chiaro come sia stato provato questo appagamento. Il naturale istinto a poppare, con relativo appagamento, è dimostrato che è quello al seno, anche e soprattutto grazie al calore e all’odore della madre.*
3. *“... la tettarella fisiologica in morbido ed elastico caucciù... si allunga come il capezzolo”: al di là dell’improbabilità che un pezzo di caucciù abbia simili prestazioni, il pericolo di questa affermazione viene dal fatto che la madre possa ritenere che suo figlio*

non noterà la differenza tra il seno e il biberon. Invece, offrire il biberon (anche con acqua o tisane) a un neonato – specialmente piccolo come quello della foto, e soprattutto dopo aver letto che “... appaga il suo naturale istinto a poppare” – può compromettere l’allattamento al seno.

Il 26 novembre 2007 lo IAP rispose così alla mia segnalazione:

“Desideriamo informarLa che il Comitato di Controllo, esaminato il messaggio pubblicitario da Lei segnalato, ha deliberato di invitare l’inserzionista a integrare la comunicazione con un richiamo volto a precisare che l’allattamento al seno è di fondamentale importanza per il neonato. Ottenuto un pronto riscontro da parte dell’inserzionista, che ha provveduto a modificare la comunicazione in oggetto, non avendo ravvisato nei claim del messaggio ulteriori profili di contrasto con le norme del Codice, l’organo di controllo ha disposto l’archiviazione del caso. RingraziandoLa per la considerazione, porgiamo i migliori saluti. La Segreteria IAP”

Pur rallegrandomi per l’intervento dello IAP, devo fare alcune considerazioni. Non conosco il Codice dello IAP. Però mi chiedo se sia stato consultato un consulente professionale per l’allattamento, e come possa essersi espresso in merito. Infatti, pur essendo il messaggio pubblicitario “in regola” con il suddetto Codice, un parere disinteressato avrebbe sicuramente contribuito a fare più chiarezza. A maggior ragione quando una pubblicità, che tratta un tema delicato come l’allattamento, compare su una rivista letta prevalentemente da gravide e puerpere. Il controllo, in questi casi, dovrebbe essere scrupoloso, anche da parte delle testate stesse, le quali non dovrebbero limitarsi semplicemente a vendere i propri costosi spazi.

Come donna, e come mamma, trovo il messaggio pubblicitario in questione mortificante: è sconcertante che un pezzo di caucciù possa essere paragonato a una parte del corpo femminile, fonte di nutrimento, benessere e conforto del proprio bambino. Ed è sconcertante che questo sia “in regola” e accettabile.

Antonella Ceccacci

Campioni omaggio: peggio per chi li invia

Gentile direttore,

il 16 ottobre 2007 ho ricevuto una newsletter del sito www.quimamme.it dal titolo “Un campione omaggio per te” che reclamizzava due prodotti della ditta Milte: “Piùlatte” e “BestBreast”.

Ho scritto ai gestori del sito esprimendo disappunto per aver ricevuto materiale – non richiesto – di una ditta che ha visto condannate come ingannevoli le campagne relative ai due prodotti.

Dal sito mi hanno risposto di aver contattato Milte “che chiede di poter parlare con te o di poter rispondere alla tua mail”. Mi sono detta favorevole all’essere contattata, ma non ho ricevuto né mail né telefonate.

Ho deciso allora di scrivere un documento in cui argomentare ciò che ritenevo scorretto in questi messaggi pubblicitari partendo proprio dalla navigazione sul sito Milte. Nelle pagine dedicate a “Piùlatte” c’è una sezione dedicata ai pediatri, ma è a ingresso libero, anzi i redattori del sito consigliano di accedere all’approfondimento per il pediatra (ma se è per il pediatra, perché ci mandano le mamme?). Anche sulla pagina del “BestBreast” l’approfondimento per il pediatra è aperto a tutti. Vi si legge: *La perfetta conoscenza delle concentrazioni raggiungibili nel latte in risposta all’assunzione per via orale di determinate quantità di vitamine da parte materna, consente per esempio di dosare, attraverso l’assunzione di “BestBreast”, le opportune quantità di vitamine in modo che il lattante le assuma durante la poppata, invece che in prodotti di difficile somministrazione”.*

Però una sentenza a loro carico, del 27 luglio 2005, per pubblicità ingannevole, espressa dall’Autorità garante della concorrenza e del mercato, afferma che *l’ulteriore convincimento... circa l’utilità dell’assunzione del prodotto al fine di evitare la somministrazione di vitamine e di minerali direttamente al lattante, è erroneo.*

Inoltre, il 3 luglio 2007, l’Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato si era nuovamente espressa in merito ai messaggi ingannevoli utilizzati nel pro-

muovere “Piùlatte” e “BestBreast”. Con Provvedimento n. 17063 (3 luglio 2007) ha deliberato che i messaggi pubblicitari relativi all’*incremento di produzione di latte materno del +85%, e un latte materno più completo ed equilibrato* in seguito all’assunzione di “BestBreast” costituiscono una fattispecie di pubblicità ingannevole e ne ha vietato l’ulteriore diffusione [1].

C’è da sottolineare che, in questo caso, per arrivare alla sentenza, poiché i messaggi erano stati diffusi a mezzo stampa (su riviste per le mamme in attesa e per le neo-mamme), è stato richiesto il parere all’Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni: che ha definito ingannevole il messaggio sotto il profilo delle caratteristiche e dell’efficacia del prodotto pubblicizzato [2].

Il Provvedimento n. 17063 ha imposto anche alla Milte una sanzione di euro 21.100 (ventunomilacento), che in presenza di aggravanti (l’operatore pubblicitario risulta già destinatario di un provvedimento di ingannevolezza in violazione della normativa in materia di pubblicità ingannevole e comparativa), viene determinata in euro 26.100 (ventiseiemilacento). Ho spedito il documento ad amici, conoscenti, colleghi, alla redazione di *Altroconsumo*, all’Istituto per l’Autodisciplina pubblicitaria e all’Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato. E l’Antitrust ha deciso di avviare un nuovo procedimento nei confronti di Milte in riferimento agli integratori “Piùlatte” e “BestBreast” contestando “la violazione di cui all’art. 27, comma 12, del Decreto Legislativo n. 206/05, per non aver ottemperato alla delibera dell’Autorità n. 17063 del 3 luglio 2007”, in base alla quale erano stati giudicati ingannevoli alcuni messaggi pubblicitari – diffusi da Milte e relativi agli integratori “Piùlatte” e “BestBreast” – e aveva condannato l’Azienda al pagamento di una multa di 26.100 euro oltre al divieto di un’ulteriore diffusione degli stessi. L’azienda produttrice di alimenti per l’infanzia rischia ora una nuova sanzione pecuniaria (la decisione del Garante è stata pubblicata sul *Bollettino* n. 49 del 22 gennaio 2008). Per maggiori informazioni: www.agcm.it.

Non so quale sarà la decisione definitiva, ma mi pare un successo che si sia deciso di procedere.

Inoltre, il 19 febbraio scorso, ho ricevuto una mail dall’Istituto per l’Autodisciplina pubblicitaria, che mi comunica che, a seguito della mia segnalazione, il Comitato di Controllo ha invitato l’inserzionista ad eliminare dalle pagine web il riferimento alla percentuale (85%) di incremento di latte materno che “Piùlatte” consentirebbe di ottenere, nel rispetto della pronuncia del Giuri n. 33/07.

Io sono soddisfatta. La mia arrabbiatura è stata incanalata sulla strada giusta e ha condotto a un risultato.

Luisa Mondo, Torino, Ibfan Italia

Bibliografia

[1] Ai sensi degli artt. 19, 20, e 21, comma 1, lettera a), b), c) del Decreto Legislativo n. 206/05.

[2] In particolare, nel parere si rileva che i messaggi risultano idonei a indurre in errore le persone sulle caratteristiche dei prodotti, lasciando intendere, contrariamente al vero, che essi abbiano proprietà di integratori del latte materno e di incremento della produzione dello stesso da parte delle puerpere e, a causa della loro ingannevolezza, paiono suscettibili di pregiudicare il comportamento economico dei destinatari inducendoli all’acquisto dei suddetti prodotti in base a qualità inesistenti.

Buoni esempi quelli di Luisa Mondo e di Antonella Ceccacci e, nello scorso numero, quella di una madre altrettanto attenta (Quaderni acp 2008;15:95). Finalmente lettrici capaci di rivendicare istituzionalmente i propri diritti di madri consapevoli. Esempi da imitare.

Il divezzamento e le (cattive?) abitudini dei genitori

Egregio Direttore, ho letto l’articolo di Lucio Piermarini a proposito dello svezzamento sul numero 6 di *Quaderni acp* a pagina 274. Mi ha aperto una finestra che era completamente chiusa. Ma ho un problema che ho discusso con alcuni miei amici specializzandi: ci è parso che l’articolo trascuri un argomento. Dato il forte aumento di sovrappeso e obesità nella popolazione italiana, non c’è il rischio di una trasmissione transgenerazionale delle cattive abitudini (qualitative e quantitative) alimentari? Nei messaggi chiave è scritto di

soddisfare qualsiasi richiesta purché si tratti di cibo idoneo “a giudizio dei genitori”. Il problema è proprio qui: qual è la conoscenza dei genitori (specie quelli giovanissimi) dei cibi idonei? La ringrazio.

Renzo Isgrò

Il problema delle cattive abitudini alimentari della famiglia è talmente centrale che nel messaggio vi si fa riferimento per due volte, invitando nella prima i genitori a farsi dare le informazioni su una corretta alimentazione dal proprio pediatra, e nella seconda, in chiusura, esortandoli a imparare a mangiar bene. La palla passa quindi proprio al pediatra che si dovrebbe impegnare, cosa che finora ha raramente fatto, ad indagare attivamente sulle abitudini alimentari della famiglia fin dall’allattamento, facendo riflettere i genitori sulla responsabilità che essi hanno nell’influenzare, nel bene e nel male, il futuro nutrizionale dei loro figli.

Il tentativo di superare questo problema con una prescrizione pignola della dieta, come abbiamo fatto finora, ne dilaziona soltanto la comparsa, per un tempo che non sarà mai superiore ai sei-dodici mesi di capacità di sopportazione da parte della famiglia. Il modello proposto, come è dimostrato proprio dalla obiezione del nostro specializzando, costringe pediatra e genitori a riconoscere subito la necessità di una messa a punto dietetica diversa, ponendo tempestivamente le basi per un approccio al problema dell’obesità più razionale e di lungo respiro.

Lucio Piermarini

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 trovi scritto o sul Blog stesso. Ti puoi iscrivere per ricevere gli aggiornamenti direttamente nella tua casella di posta elettronica. Altre cose le imparerai frequentandolo.

Quaderni acp

Il Blog

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

[Home](#)

[La rivista](#)

[News](#)

[Appuntamenti](#)

[Libri](#)

[\[Login\]](#)

Ultime...

- [Comunicato stampa del lancio del 4° Rapporto CRC](#)
- [Premiazione Concorso fotografico "Pasquale Causa": Ripartiamo dai Bambini](#)
- [SOTTOSCRIVI LA TUA QUOTA DEL 5 PER MILLE AL CENTRO PER LA SALUTE DEL BAMBINO/ONLUS](#)
- [Cosa vuol dire "wabi"?](#)
- [Attaccamento e sviluppo psicologico](#)

mercoledì 23 aprile 2008



La farina di guar (yogurt, gelati, dolci ecc.) inquinata da diossina

L'addensante codificato e-412, ovvero farina di guar, utilizzato per yogurt, gelati, dolci, creme e salse, sarebbe inquinato da pesanti tracce di diossina. In particolare la Danone starebbe ritirando dal commercio i propri prodotti fabbricati in Romania, che conterrebbero tale composto in quanto le tracce del micidiale veleno sarebbero di 400 volte superiori al consentito. Si dice, però, che anche altre ditte avrebbero utilizzato tale addensante proveniente da una partita indiana, in circolo da circa due anni. Sarebbe bene quindi esaminare sempre attentamente l'etichetta dei prodotti che si acquistano cercando di evitare i prodotti contenenti e-412 (farina di guar).

(<http://www.ilsalvagente.it/modules.php?name=News&file=article&sid=113>).

Categoria: [Info: notizie sulla salute](#), [News](#)

0 commenti:

[Posta un commento](#)

[Link a questo post](#)

[Crea un link](#)

Google Custom Search

cerca

Ultimo numero



Sottoscrivi il blog via mail

vai

Argomenti e indice analitico

[5 x 1000](#) (1)

[Ambiente](#) (3)

[Annunci](#) (1)

[Appelli](#) (1)

Editoriale

- 97 La *Coscienza Infelice* e il medico del XXI secolo
Ernesto Burgio

Ricerca

- 99 La posizione nel sonno: confronto 2002-2005
nella regione Emilia-Romagna
Luca Ronfani, Simona Di Mario, Chiara Cuoghi
- 106 La prescrizione antibiotica sistemica
nella pratica del pediatra di famiglia
*Aurelio Nova, Mario Narducci,
Federica Zanetto, et al.*

Salute pubblica

- 112 Il degrado ambientale:
ci sono compiti per i medici pratici?
Pio Russo Krauss

Organizzazione sanitaria

- 115 La Carta dei diritti del bambino/adolescente
in ospedale: gli obiettivi disattesi
Giuliana Filippazzi

Info

- 118 Vaccinazione contro il papillomavirus:
due morti sospette
- 118 Linee di indirizzo nazionali sull'allattamento
- 118 Congedi parentali: nuove norme
- 118 La Bayer regala
- 118 La carneficina dei minori
- 119 La fiction medica: che passione!
- 119 La devolution del sistema sanitario in UK
- 119 In Inghilterra la pressione contro l'omeopatia
è in crescita

Leggere e fare

- 120 Analisi con CONSORT di un RCT sui probiotici
nella diarrea. Un esercizio
Laura Reali

Statistiche correnti

- 124 Rapporto annuale 2007
sulla situazione socio-sanitaria del Paese
Giuseppe Cirillo

Il punto su

- 126 La malattia reumatica:
una patologia dimenticata?
Francesco De Maddi, Paolo Siani

Vaccinacipi

- 130 E il morbillo come va?
Luisella Grandori

Farmacipi

- 131 Molte novità sui farmaci per bambini
Antonio Clavenna, Filomena Fortingueria

Informazioni per genitori

- 132 Informazioni per aiutare un bambino
e un genitore. Da 0 a 5 anni
Stefania Manetti, Antonella Brunelli

Libri

- 134 Napoleon Champignon
di *Gilles Bachelet*
- 134 L'Anatra, la Morte e il Tulipano
di *Wolf Erlbruch*
- 134 Bisognerà
di *Thierry Lenain*
- 135 La modista
di *Andrea Vitali*
- 135 Dieci
di *Andrej Longo*

Nati per Leggere

- 136 Basilicata
- 137 Piemonte

Congressi controllo

- 138 I determinanti della salute
e le disuguaglianze sociali
Maurizio Bonati
- 138 Società Europea di Pediatria Ambulatoriale:
18° Congresso
Laura Reali
- 138 L'ansia cresce ma non fa crescere
Federica Zanetto
- 139 La mente musicale del bambino
Stefano Gorini

Film

- 140 Gli occhi verso il cielo: *Il cacciatore di aquiloni*
di *Marc Forster*
Italo Spada

Acp news

- 141 Congresso Nazionale ACP 2008.
Elezioni cariche direttive
- 141 Un gruppo, un indice
- 141 WONCA Italia. Pediatria di famiglia
e Medicina generale
- 141 L'ACP referente per la formazione in Valle d'Aosta
- 142 I bilanci dei Congressi ACP

Lettere

- 143 La tetta di caucciù *Antonella Ceccacci*
- 143 Campioni omaggio: peggio per chi li invia
Luisa Mondo
- 143 Il divezzamento
Renzo Isgrò

Come iscriversi o rinnovare l'iscrizione all'ACP

La quota d'iscrizione per l'anno 2008 è di 100 euro; il 30% è attribuito al gruppo locale di appartenenza. Il versamento deve essere effettuato tramite il c/c postale n. 12109096 intestato a: Associazione Culturale Pediatri - via Montiferru, 6 - Narbolia (OR) indicando l'anno a cui si riferisce la quota. Per iscriversi la prima volta inviare una richiesta (fax 0793 027471 o una e-mail a acpnazionale@tiscali.it con cognome, nome, indirizzo e qualifica, e versare la quota sopra indicata. Gli iscritti all'ACP hanno diritto a ricevere "Quaderni acp" e, se richiesta, la Newsletter bimestrale sulle novità in letteratura. Hanno diritto a uno sconto del 50% sulla quota di abbonamento a "Medico e Bambino" e di 25 euro sulla quota di iscrizione al Congresso Nazionale ACP. Possono usufruire di iniziative di aggiornamento, ricevere pacchetti formativi su argomenti come la promozione della lettura ad alta voce, l'allattamento al seno, la ricerca e la sperimentazione, e altre materie dell'area pediatrica. Possono partecipare a gruppi di lavoro su ambiente, vaccinazioni, EBM e altri argomenti. Per una descrizione più completa si può visitare il sito www.acp.it.