

# Connessioni: la parola chiave

Paolo Siani  
Presidente ACP

*Parole chiave* Associazione Culturale Pediatri. Connessioni

Connessioni: questa sarà la parola chiave che accompagnerà la mia presidenza per i prossimi tre anni. Connettere significa costruire collegamenti che mettano in relazione realtà, linguaggi, territori, persone diverse. Vorrei provare in sostanza a fare incontrare i pediatri e tutti quelli che si occupano dei bambini, superando sigle, appartenenze, inutili steccati che, sarebbe ingenuo nasconderselo, esistono e a volte sembrano insormontabili.

Come ho scritto nel programma che è stato realizzato in collaborazione con il Gruppo ACP della Campania e che potete leggere sul sito ([www.acpcampania.it](http://www.acpcampania.it)), non ho intenzione di guidare un'associazione presidentocentrica, ma lavorerò a stretto contatto con il direttivo nazionale, con i referenti dei gruppi regionali e con i responsabili delle segreterie; avrò orecchie bene aperte per ascoltare tutti i suggerimenti dei soci ACP e di tutti i soggetti, pediatri e non, che dedicano tempo e lavoro al servizio dei bambini e delle loro famiglie, che vorranno creare connessioni con noi per migliorare la nostra attività, indipendentemente dalla loro appartenenza.

Il nostro obiettivo è essere bravi pediatri. Essere bravi pediatri vuol dire prendersi cura del bambino nella sua interezza psicofisica e della sua famiglia. Siamo stati i primi in Italia a occuparci di sostegno alla genitorialità e i nostri progetti "Nati per Leggere" e "Nati per la Musica" ne sono la più esemplare dimostrazione.

La mia attenzione sarà molto alta sul problema dell'ambiente, delle disuguaglianze e della salute mentale (problemi questi ultimi spesso correlati), perché è lì che bisogna intervenire con progetti dedicati, è la fascia di popolazione a rischio psicosociale che assorbe molte risorse e che contribuisce a mettere in crisi il sistema sanitario.

Gli ospedali, tutti gli ospedali grandi e piccoli, al Nord come al Sud, sono pieni

di bambini a rischio sociale. Sono pazienti con basso livello di patologia medica ma alta patologia sociale che si ricoverano per qualsiasi banale problema bypassando i pediatri di famiglia (PdF) e che l'ospedale ricovera perché sono pazienti "facili" dal punto di vista sanitario. I 683 casi di enterite (il DRG 184, ad alto rischio di inappropriatazza) su 2120 ricoveri, effettuati nel 2007 nel reparto dove lavoro, hanno consumato 1920 giornate di degenza, ma erano 2332 nel 2005. Si tratta di ricoveri e di degenze inutili da un punto di vista sanitario, ma del tutto inevitabili per la condizione sociale. Si è riusciti a ridurli con una migliore organizzazione del lavoro e un'ulteriore riduzione si è verificata nel 2008. Ma questo non è sufficiente: il meglio sarebbe stato individuare e mettere in atto strumenti per garantire la continuità di cure tra ospedale e territorio, i soli in grado di offrire un'assistenza oltre il ricovero e una presa in carico del problema socio-sanitario del bambino e della famiglia.

Le disuguaglianze meritano più attenzione e i progetti di intervento realizzati in questi anni da molti Gruppi ACP vanno valutati e, se validi, diffusi senza esitazioni come buone pratiche da proporre agli organi istituzionali regionali e nazionali. L'esperienza inglese "Sure Start Local Programmes" (Lancet 2008;372: 1641-47) potrebbe essere un modello anche per l'Italia.

In sostanza non è sufficiente affrontare il problema dell'assistenza solo dal lato ospedaliero – come talora si rischia di fare – separandolo da tutto il contesto delle cure e dell'assistenza sanitaria e sociale.

È necessario e urgente che il territorio sia posto in grado di occuparsi delle cure primarie, risolvendo così l'80% dei problemi di salute, con nuove competenze per il pediatra che dovrà essere in grado di rafforzare le capacità genitoriali, di coinvolgere nuove professionalità e di costruire moderne metodologie di lavoro. L'obiettivo è creare una rete ospeda-

le/territorio a livello regionale che tenga conto dei bisogni di salute dei bambini e degli adolescenti e che sia disposta a realizzare un'integrazione socio-sanitaria e un sistema di monitoraggio dove gli aspetti sociali, relazionali e sanitari abbiano uguale dignità.

Il modello che Massimo Farneti ha illustrato al Congresso nazionale ACP di Cesenatico di poche settimane fa rappresenta proprio un *modello di connessione* che può essere diversificato ma va perseguito come ricerca "organizzata" di connessioni tra ospedale e territorio.

Secondo gli esperti dei sistemi organizzativi di cura, esistono tre livelli diversi di integrazione delle cure: il livello più basso è quello della connessione tra servizi territoriali e ospedalieri attraverso l'elaborazione di protocolli clinici comuni; il livello intermedio è quello di un rapporto tra i servizi attraverso un coordinamento di programmi condivisi che, nel rispetto delle autonomie, si occupi della effettiva applicazione dei protocolli e progetti comuni; il livello più alto è quello della organizzazione dipartimentale con risorse finanziarie autonome, équipe multidisciplinari che si riuniscono periodicamente, sistema informatico comune.

Lo spirito con cui insieme al direttivo ci muoveremo resta uno spirito di servizio come è sempre stato sottolineato dai miei predecessori, come Giorgio Tamburlini ha scritto nel suo primo editoriale da presidente (Quaderni acp 1997;4:6), senza interessi da difendere o obiettivi personali da raggiungere, ma con lo scopo di produrre idee, strumenti da mettere a disposizione degli altri, senza mai acquisire o conservare il controllo di alcunché. Certo mi sento onorato di essere stato scelto dai soci ACP come il loro presidente e (cito il prof. Fabio Sereni) mi tremano le vene ai polsi nel leggere i nomi dei presidenti che mi hanno preceduto. Cercherò di onorare questo impegno con lealtà, responsabilità e dedizione, stando sempre un passo indietro per valorizzare

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

editoriale

il lavoro del gruppo come il past president Michele Gangemi ha fatto nei suoi sei anni di presidenza.

Il prossimo anno ci vedremo a Palermo per il Congresso Nazionale. Faremo insieme il punto sui primi 365 giorni di lavoro: vorrei che veniste in tanti, perché la partecipazione attiva di tutti i soci dell'ACP è per noi decisiva.

Vi propongo da subito di partecipare all'organizzazione del Congresso scrivendo al direttivo ([direttivo@acp.it](mailto:direttivo@acp.it)) le tematiche che vorreste si affrontassero, la metodologia di lavoro, e quant'altro vi va. Ne terremo conto insieme ai colleghi siciliani che hanno il compito di coordinare i lavori.

Ci piacerebbe che anche gli specialisti, almeno quelli siciliani, partecipassero attivamente al congresso e faremo ogni sforzo per raggiungerli e coinvolgerli.

Infine, permettetemi di ringraziare sinceramente Sergio Conti Nibali per aver affrontato con me questa esperienza nuova ed entusiasmante in maniera leale e amichevole. Terrò in gran conto, insieme al Consiglio direttivo, i suoi suggerimenti.

*Questo editoriale come tutte le cose che faremo è stato condiviso dal direttivo (si veda ACP News a pg. 280). Firma con me l'articolo: Francesco Ciotti, Carlo Corchia, Stefano Gorini, Chiara Guidoni, Mario Narducci, Giuseppe Primavera, Maria Francesca Siracusano, Enrico Valletta e il past president Michele Gangemi. ♦*

## GRUPPO DI LAVORO DELLO STUDIO ENBe

### EFFICACIA DEL BECLOMETASONE VERSUS PLACEBO NELLA PROFILASSI DEL WHEEZING VIRALE IN ETÀ PRESCOLARE

**Abstract presentato a "Il Convegno sulla ricerca indipendente sui farmaci promossa dall'AIFA". Roma, 27 ottobre 2009**

Clavenna Antonio (1), Gangemi Michele (2), Casadei Gianluigi (3), Garattini Livio (3), Bonati Maurizio (1)

1 - Laboratorio per la Salute Materno-Infantile, Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano

2 - Associazione Culturale Pediatri

3 - Centro di Economia Sanitaria "Angelo e Angela Valenti", Ranica (BG)

#### BACKGROUND

Il wheezing virale è una patologia frequente nei bambini in età prescolare. In Italia la prevalenza nei bambini < 18 mesi è stata stimata nel 19%. Malgrado l'efficacia dei trattamenti farmacologici per la prevenzione e il trattamento del wheezing virale sia controversa, gli steroidi da nebulizzare, in particolare il beclometasone, sono ampiamente prescritti in Italia. Il beclometasone è il secondo farmaco più prescritto in età pediatrica tra quelli rimborsabili dal SSN, con una prevalenza che varia da 9 a 22% a seconda delle ASL, e il quarto in ordine di spesa. La prevalenza di prescrizione del beclometasone non è variata nel periodo 2000-2006. In un contesto caratterizzato dalla scarsità di evidenze, si rende necessaria una valutazione metodologicamente rigorosa della pratica corrente.

È perciò proposto uno studio clinico randomizzato con lo scopo di valutare sicurezza ed efficacia di impiego del beclometasone nella prevenzione del wheezing in bambini con infezioni virali delle vie aeree superiori.

#### METODI

Sarà condotto uno studio clinico controllato randomizzato verso placebo. Lo studio sarà svolto nell'ambito della medicina generale, con il coinvolgimento di 36 pediatri di libera scelta appartenenti a 9 ASL rappresentative del territorio nazionale.

Saranno arruolati 576 bambini di 1-5 anni di età, con presenza di infezioni virali delle vie aeree superiori nel corso della visita iniziale e almeno un precedente episodio di wheezing associato a infezioni delle vie aeree nel corso dei 12 mesi precedenti. I bambini con ipersensibilità ai cortisonici, con patologie respiratorie croniche, con presenza di wheezing nel corso della visita iniziale o che abbiano assunto cortisonici nel mese precedente saranno esclusi dallo studio.

I pazienti saranno randomizzati in 2 gruppi di trattamento:

gruppo a: beclometasone sospensione da nebulizzare, 400 mcg 2 volte/die per 10 giorni;

gruppo b: soluzione fisiologica da nebulizzare 2 volte/die per 10 giorni.

In caso di comparsa di wheezing il pediatra potrà somministrare la terapia che ritiene più opportuna (beta2-agonisti a breve durata d'azione, steroidi per os, steroidi inalatori).

Lo stato di salute dei pazienti sarà monitorato per 6 mesi dopo il termine della terapia e saranno raccolti dati sulla riacutizzazione e/o ricomparsa di infezioni delle vie aeree e/o di wheezing.

L'endpoint primario sarà rappresentato dalla percentuale di pazienti che presentano wheezing (diagnosticato dal pediatra) nel corso dell'infezione delle vie aeree superiori. Verranno inoltre raccolti i dati sui costi sanitari diretti.

#### RISULTATI ATTESI

- Valutazione dell'efficacia e della sicurezza di un approccio terapeutico ampiamente condiviso tra i pediatri.
- Valutazione dell'incidenza del wheezing virale e della storia naturale della malattia.
- Valutazione economica di costo-efficacia dell'impiego profilattico del beclometasone secondo la prospettiva del SSN.
- Raccolta di evidenze utili per pianificare interventi formativi ed educativi per implementare l'uso razionale dei farmaci in età pediatrica.