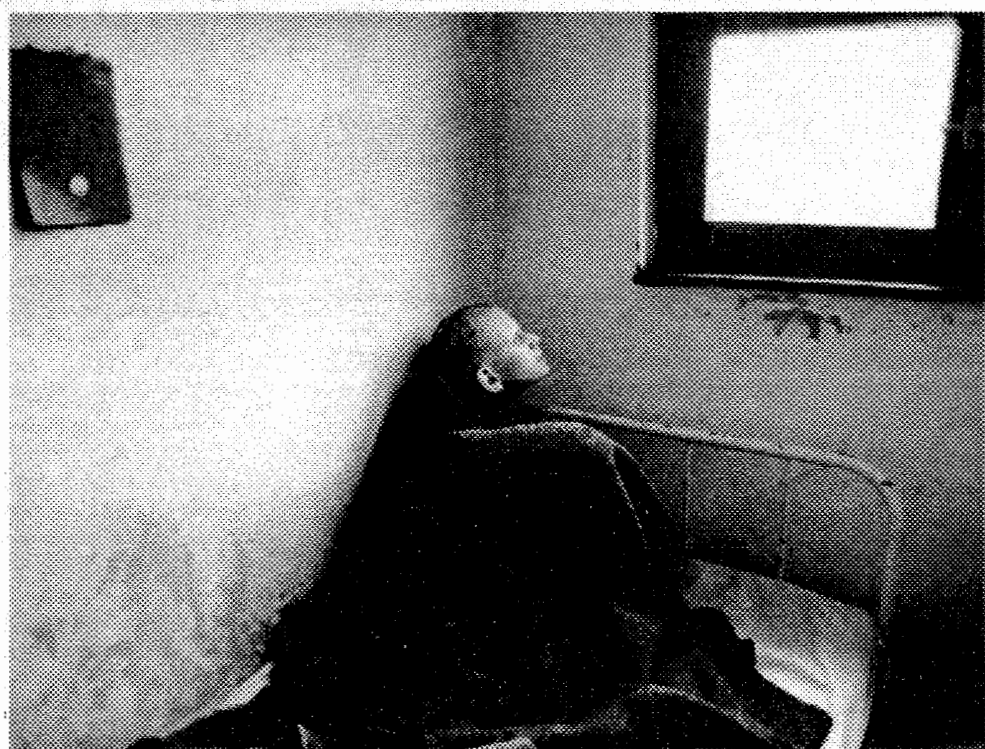


quADERNI ACP

SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE / 50%

bimestrale di informazione politica culturale e di Ausili Didattici a cura della Associazione Culturale Pediatri



Questa è la storia di un bambino che aspetta l'aiuto da un medico che aspetta l'aiuto da VOI.

Quest'anno siamo arrivati in 58 paesi del mondo, con più di 2000 volontari.

Abbiamo organizzato grandi operazioni di soccorso in pochi giorni.

Abbiamo toccato con le nostre mani l'assurdità della guerra in Bosnia,

sostenendo indistintamente ospedali musulmani, serbi e croati. Abbiamo

lavorato sette giorni su sette, per trecentosessantacinque giorni all'anno. Ma

non basta. Anche oggi, in questo momento, in qualche angolo dimenticato

del mondo qualcuno sta aspettando il nostro aiuto. Noi aspettiamo il vostro.

PER SOSTENERE LA VOSTRA ATTIVITA' UMANITARIA VI INVIO LA SOMMA DI 40.000 100.000 200.000

Il mio contributo vi arriverà tramite: assegno bancario non trasferibile intestato a Medici Senza Frontiere che vi invio insieme a questo coupon

versamento su c/c postale n° 87486007 intestato a Medici Senza Frontiere

Nome _____ Cognome _____

Via _____ CAP _____ Località _____ Provincia _____

MEDICI SENZA FRONTIERE - VIA OSTIENSE 6/E, 00154 - ROMA. PER INFORMAZIONI TEL. 06/57300900



- all'interno:
LE RICERCHE PRESENTATE A FIRENZE
BREVE STORIA DELL' ACP
- e ancora:
STATISTICHE CORRENTI
INTERVISTA A UN NEONATO
NICÓA
LA STAMPA E I MINORI
PALERMO: un'esperienza di intervento sociosanitario
- in supplemento:
AUSILI DIDATTICI ACP

n° 2

settembre 1994

bimestrale di informazione politico culturale e di Ausili Didattici a cura della Associazione Culturale Pediatri

Direttore: Giancarlo Biasini

Responsabile: Franco Dessì

Coordinamento: Luigi Acerbi, Costantino Apicella, Antonella Brunelli, Dante Baronciani, Gilberto Bonora, Roberto Buzzetti, Giuseppe Cirillo, Lucio Contarini, Nicola D'Andrea, Massimo Farneti, Michele Gangemi, Federico Marchetti, Lucio Piermarini, Giorgio Tamburlini.

Corrispondenti dei gruppi locali: Giovanni Garrone (Torino), Maddalena Agostini (Verona), Stefano Drago (Padova), Lucia Castelli (Milano), Fabrizio Frisco (Vicenza)

Redazione: Pippo Montedoro, Salvo Fedele, Franco Lanzoni
Servizio Materno Infantile - Azienda USL Cesena
Viale Ghirotti, 286 - 47023 CESENA

Le illustrazioni di questo numero sono tratte da:

"Dove sta Zazà" - Tullio Pironti Editore.

Progetto Grafico e videoimpaginazione: Toni Sactta

Stampa: Editoriale Antiterra S.n.c.

via Mogadiscio, 2/c - Palermo - Tel. 091/224847

Autorizzazione del Tribunale di Oristano 308/89

Rivista bimestrale n° 2 - Settembre 1994

Spedizione in abbonamento postale / 50%

EDITORIALE

DA SETTEMBRE NIENTE PIÙ CAMPIONI DI LATTE NÉ OMAGGI ALLE MADRI

La Gazzetta Ufficiale del 13.08.1994 ha pubblicato il decreto legge 6 aprile 1994 n. 500 che recepisce le direttive CEE 91/321 e 92/52 sugli alimenti per neonati e lattanti (bambini di età inferiore a 12 mesi).

Il decreto è entrato perciò in vigore il 12.09.1994.

Il decreto fissa norme per la produzione, la commercializzazione e la etichettatura e quindi la denominazione dei prodotti. La etichettatura deve, fra l'altro, riportare una dicitura sulla superiorità dell'allattamento al seno, deve evitare l'uso di denominazioni come "umanizzato" o "maternizzato"; non può inoltre riprodurre immagini di lattanti "idealizzati". Il decreto (art. 7) precisa che *non è consentita la distribuzione di campioni* neppure con l'invio a domicilio dei medesimi. Gli operatori sanitari pertanto (art. 7 - comma 4) *non possono distribuire neppure "altri omaggi"*. Analogamente ai campioni medicinali, le forniture gratuite, o a basso prezzo di latti formulati possono essere cedute dai produttori solo alle istituzioni preposte alla nascita e alla cura dei bambini e quindi agli ospedali. Queste campionature devono avere una etichetta diversa da quella dei latti posti in commercio. Le campionature devono seguire a una richiesta scritta del responsabile sanitario della istituzione cioè del Primario che ha in cura o in assistenza i bambini degenti, e quindi del Primario Pediatra. Questi campioni devono essere usati *solo all'interno e solo per il periodo di degenza*.

È perciò evidente che dal 12.09.94 il personale sanitario e le ditte che non si attengono a queste norme *che ora sono legge dello stato sia per quanto concerne i "campioni" che "altri omaggi" rispondono personalmente dell'inosservanza della norma*.

I contravventori, ai sensi del Decreto legislativo 111/92, saranno puniti con la sanzione da 30.000.000 a 90.000.000 di lire.

Il decreto legge pone fine, nel campo dei latti formulati, al "predominio prescrittivo" che è stato, finora, proprio delle divisioni ospedaliere che contenevano i punti nascita, e che era basato sul sistema dei "turni" e dei campioni regalati anche alle madri dei bambini allattati al seno, da utilizzare caso mai il latte fosse venuto meno. Questa consolidata convenzione, insieme con l'uso dei pacchidono, era presentata dagli uni semplicemente come un aiuto alla madre in un momento di difficoltà, mentre gli altri la interpretavano come uno stimolo, diretto o indiretto, a sostituire l'allattamento al seno con quello artificiale.

Anche se abbiamo ben presenti certi avvenimenti accaduti nei paesi in via di sviluppo, noi non siamo tra quelli che hanno voluto, a ogni costo, vedere nei collaboratori delle ditte di latti e farmaceutiche dei tendenziali corruttori; ci è anzi sembrato più di una volta necessario rivendicare una loro funzione informativa più incisiva e meno legata al marketing. Come ACP abbiamo aperto con un ditta che commercia latti, la Humana S.p.A., una collaborazione che ha portato alla ricerca sull'allattamento al seno, coordinata dall'ACP dello Stretto. Lo abbiamo fatto con chiarezza di attribuzioni e con assoluta distinzione di compiti: e non abbiamo avuto motivo alcuno di pentirci di questa scelta, perché le posizioni erano chiare e precise da ambo le parti.

Non possiamo non notare, d'altra parte, che una certa resistenza al cambiamento c'è stata e che questo sembra dimostrare che il regime che si doveva, inevitabilmente, instaurare per aderire a norme CEE andava contro interessi o desideri evidentemente consolidati.

Non può essere, del resto, considerato un puro accidente il fatto che in Italia il latte formulato costi molto di più che negli altri paesi della CEE. A meno di furberie all'italiana, da settembre, il centro decisionale della scelta su quale latte dare a un bambino si è spostato in una discreta percentuale di casi, dall'ospedale al pediatra ambulatoriale.

Le sedi delle scelte, cioè, si sono frantumate e sarà più difficile controllarle. Questo è certamente un elemento di maggiore libertà.

Giancarlo Biasini

SOMMARIO

- 2 Editoriale
- 4 Ricerca ACP
La presentazione di Giancarlo Biasini
- 7 I "Poster" del Congresso di Firenze.
(prima parte)
- 16 Natimortalità, aborti spontanei e IVG
"Le Statistiche correnti" di Carlo Corchia
- 18 La stampa e i minori
"L'articolo" di Maria Grazia Sanna
- 22 Breve storia dell'ACP
"La memoria" di Franco Panizon
- 24 Intervista a un neonato
"Voci di bambini"
- 25 Nicòda
"Voci di genitori" di Luigi Monari
- 26 Palermo: una capitale, una città, una periferia.
"esperienze" di Donatella Natoli

In copertina la campagna pubblicitaria di MEDICI SENZA FRONTIERE
una associazione "no profit" di medici volontari,
che opera, con grande impegno, in "zone di guerra".
A questa organizzazione va tutto l'affettuoso appoggio dell'ACP.

I CONSUMI DI LATTE FORMULATO IN EUROPA E IN ITALIA

EUROPA NAZIONE	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
BELGIO	11.6	12.8	13.8	14.0	15.3	16.2	18.0	19.1	22.3	
FRANCIA	18.6	19.0	18.2	18.1	18.5	19.5	19.5	19.8		
GERMANIA	20.8	20.4	19.9	19.8	19.5	20.4	21.2	21.4	23.3	
ITALIA	8.1	8.1	8.7	9.4	10.6	10.1	10.7	11.4	11.7	11.8
OLANDA	11.0	11.2	11.5	12.4	13.0	13.3	14.5	15.0		
SPAGNA	20.8	21.0	20.6	20.8	22.3	21.3	21.7	22.0	20.4	
REGNO UNITO	17.9	18.7	18.9	19.3	19.5	20.4	21.0	21.2		

La tabella esprime i Kg di polvere di latte consumati per ogni nazione negli anni indicati e riferiti ad ogni neonato (Kg di polvere per neonato per anno). Ovviamente un minor consumo di latte formulato non corrisponde «automaticamente» a una maggiore diffusione dell'allattamento al seno. Questo potrebbe essere il tema da approfondire con un'indagine specifica. Una prima analisi italiana potrebbe venire dall'incrocio dei dati della tabella che segue con quelli della ricerca dell'ACP dello Stretto.

CONSUMO IN KG DI POLVERE PER NEONATO

ITALIA REGIONE	'89	'90	'91
VAL D'AOSTA	14.8	16.3	19
T. A. ADIGE	16.6	16	17
VENETO	15.4	16.1	16.2
LOMBARDIA	15.8	16.3	15.9
F.V. GIULIA	12.4	14.4	15.5
EMILIA R.	14.5	14.1	15.3
MARCHE	16.6	14.7	14.5
PIEMONTE	12	12.7	13.9
LIGURIA	14	13.5	13.7
BASILICATA	11.6	14.5	13.6
SARDEGNA	11.9	12.4	13
ABRUZZI	12.9	12.4	12.9
TOSCANA	12.7	13.4	12.7
ITALIA	11.4	11.7	11.8
CALABRIA	11.6	11.6	11.6
UMBRIA	9.8	10.4	10.3
MOLISE	10	10.7	10.1
PUGLIA	10	10	9.6
LAZIO	8.9	9.1	9.2
SICILIA	8.1	8.3	8.3
CAMPANIA	7	7	6.7

RAPPORTO FRA FORMULA D'AVVIO E DI PROSEGUIMENTO

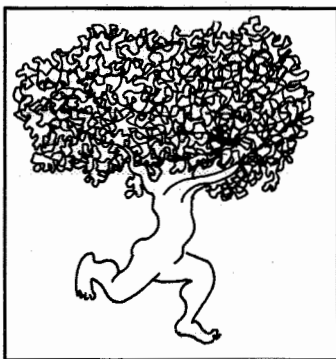
ITALIA REGIONE	RAPPORTO
T. A. ADIGE	1:0.83
LIGURIA	1:0.77
VENETO	1:0.68
EMILIA R.	1:0.68
VAL D'AOSTA	1:0.66
MARCHE	1:0.63
F.V. GIULIA	1:0.57
TOSCANA	1:0.53
BASILICATA	1:0.52
LOMBARDIA	1:0.50
SARDEGNA	1:0.49
ABRUZZI	1:0.49
UMBRIA	1:0.47
ITALIA	1:0.46
PUGLIA	1:0.42
PIEMONTE	1:0.36
MOLISE	1:0.36
CALABRIA	1:0.36
SICILIA	1:0.34
LAZIO	1:0.30
CAMPANIA	1:0.24

La quantità di latte venduto è stata divisa per il numero dei nati in regione di ogni anno (dati ISTAT). Si è così ottenuto il numero di Kg. di polvere di latte consumati mediamente da ciascun neonato nell'anno considerato. Si è successivamente calcolato per ogni anno il rapporto fra consumo di formula d'avvio e consumo di formula di proseguimento ponendo eguale a 1 il consumo di formula d'avvio di ciascun bambino e calcolando rispetto a questo il consumo di formula di proseguimento. Un rapporto 1:0.5 significa in sostanza che in media un bambino ha consumato la metà di chilogrammi di polvere di formula di proseguimento rispetto alla formula d'avvio.

Le regioni sono elencate per ordine di consumo dal maggiore al minore e per grandezza del rapporto fra formula d'avvio e formula di proseguimento. Come si vede i consumi regionali sono aumentati di non molto nel triennio (3,4%) ma continuano a susseguirsi con discreto "ordine geografico" dal Nord al Sud con alcune eccezioni che riguardano specialmente il Piemonte e la Basilicata.

Il Piemonte è collocato più in basso della sua realtà geografica a causa di un basso consumo di L.F. nelle province di Cuneo e Vercelli; la Basilicata è collocata più in alto della sua realtà geografica per un alto consumo di L.F. in provincia di Matera rispetto a quello di Potenza. Anche le Marche sono collocate più in alto per un consumo maggiore della provincia di Pesaro rispetto alle altre tre, mentre la Sardegna è collocata più in alto per i maggiori consumi delle province di Sassari e Nuoro.

(dati IMS elaborati da G. Biasini)



LE RICERCHE PRESENTATE AL CONGRESSO DI FIRENZE

Cercherò di presentare i lavori di ricerca del 6° Congresso ACP dando un possibile senso associativo, anche perché mi è parso scorrendoli di ritrovarvi molte delle idee e delle attività dell'Associazione.

Ho diviso i lavori in due parti a seconda dell'*anima* che vi sta sotto.

1 La prima parte raccoglie i poster tesi alla descrizione e alla comprensione dello stato della popolazione alla quale i pediatri sono chiamati a fornire assistenza: caratteristiche della popolazione, bisogni, approcci ai problemi e così via.

E', come voi capite, un tema molto importante e proprio dell'ACP.

Questo gruppo di lavori è classificabile a seconda dei metodi usati in più sottogruppi.

1.1 Ricerche con metodi di screening.

1.2 Ricerche con metodi più propriamente descrittivi.

1.1 Le ricerche basate sugli screening sono tre.

La prima ricerca la prevalenza della infezione da *Helicobacter* (HP) e della Malattia Celiaca (MC), nella popolazione generale infantile nata nel 1984 in 2 USL della Regione Emilia-Romagna (ACP Romagna: *Alberti e al.*). Alla data sono esposti i risultati di 648 bambini.

I dati preliminari dicono che la sieroprevalenza per HP sembra essere del 19% e che su 9 endoscopie finora eseguite agli HP-positivi in 8 è stata data conferma istologica della lesione. Di questi 8 bambini con lesioni istologiche da HP 6 erano asintomatici: questo pone il problema del significato clinico reale della lesione.

I dati sono del tutto preliminari, ma i valori provvisori riportati sono nettamente al di sopra di quelli finora noti.

Attorno a questo tema di ricerca in pediatria i contributi non sono molti. L'Emilia-Romagna ha un non invidiato primato nel campo della patologia gastrica sicché è possibile immaginare un buon interesse attorno a questa ricerca.

Per quanto riguarda la celiachia i dati attualmente a disposizione di *Alberti e al.* suggeriscono una prevalenza di 1:248, ancora più alta di quella riscontrata da *Catassi* nella provincia di Pesaro (che confina con l'Emilia-Romagna). *Holmes* dice che le affezioni maligne, il linfoma non Hodgkin in specie, il tumore della bocca, del faringe e dell'esofago sembrano essere più frequenti del doppio nei celiaci. Interessante sarà sapere quante di queste affezioni sarà possibile prevenire con lo screening e quanto costerà farlo.

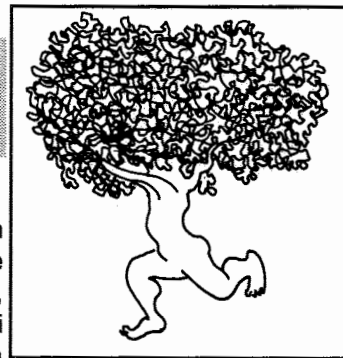
La seconda ricerca per screening (anche questa ACP di

Romagna: *Brunelli-Arcangeli*), riguarda la incidenza dei nevi melanocitici congeniti nel contesto dei quali può insorgere nell'adulto il melanoma. Anche questo è campo in cui ricerche di prevalenza mancano e i dati saranno quasi certamente unici in letteratura.

Dal punto di vista della politica organizzativa va notato che queste due ricerche sono condotte sull'intera popolazione e sono possibili per la collaborazione di tutte le figure professionali che si occupano del bambino: pediatri di base, pediatri ospedalieri, neonatologi, pediatri di comunità. Esse possono essere realizzate correttamente solo in sedi nelle quali queste diverse professionalità rappresentano un "unicum" culturale e organizzativo: questo vale del resto anche per altre ricerche che vedremo in seguito e che sono condotte in altre regioni.

I colleghi dell'APREF *Angi e Caielli* si occupano della valutazione di un nuovo metodo di screening dell'ambliopia che dovrebbe superare le difficoltà che si incontrano con l'uso della lettera E. L'uso dell'ottotipo HOTV implica il riconoscimento di una figura. Il metodo però ha una specificità molto bassa e un V.P.P. ancora più basso per l'elevato numero di bambini non collaboranti e inviati perciò al II livello e qui riconosciuti come falsi positivi: ben il 23%. Le conclusioni dei colleghi dell'APREF sembrano amare.





1.2 Le ricerche con metodi descrittivi sono numerose. Cominciamo da quelle "in progress" e particolarmente da una che propone la istituzione di un contenitore informativo della popolazione infantile descritta.

Pregliasco e Giacobbe del SMI di Carcare (SV) presentano una rete informativa destinata a contenere i dati della popolazione da loro seguita per quanto riguarda i dati auxologici (e le relative deviazioni), lo stato vaccinale e altre informazioni. Ci sono, in ACP, altre esperienze in proposito (ACP Romagna) con le quali sarebbe bene che gli AA comunicassero. Sempre "in progress" è la ricerca della ACP-Milano (*Castelli e al.*) che ha in corso un progetto che si propone di conoscere le abitudini alimentari dei bambini fra 2 e 6 anni affidati a 33 pediatri di base e raccolti in 3100 questionari da elaborare.

Un gruppo di pediatri toscani (*Rapisardi e al.*) sta conducendo una ricerca su un argomento sul quale ci sono pochissimi contributi, ma sul quale c'è ampia consultazione del pediatra da parte delle famiglie: il tema riguarda il sonno del bambino, le sue variabili, le eventuali associazioni fra problemi del sonno e altri problemi di salute o comportamentali.

I problemi del sonno dell'adulto sono balzati da qualche tempo all'attenzione generale; molto meno si conosce di quelli del bambino.

A proposito di questo, e di altre ricerche su temi apparentemente banali, ripeto un'osservazione che ho fatto nella relazione al congresso: un significato peculiare della ricerca nella pediatria dell'area delle cure primarie sta nel collegare gli argomenti di ricerca alla concretezza delle zone buie della conoscenza del pediatra: cioè al ricercare su argomenti su cui si ha quotidiano bisogno di chiarezza. Le caratteristiche del sonno del bambino sono certamente una di queste.

È anche assai interessante l'argomento della ricerca "in progress" dei colleghi dell'ACP Lazio che non è lontana da questo stesso problema: gli amici laziali (*Buccisano e al.*) si sono posti di fronte a un altro buio: come si pone il pediatra (un campione di 100 pediatri) di fronte ad alcuni aspetti relazionali, qual'è la percezione che esso ha della propria preparazione in proposito.

Un terzo buio tentano di illuminare *Bruno e al.* (del SMI di Roma) che in un Istituto Tecnico hanno cercato, interrogando 800 ragazzi, di saggiare la "consistenza" del pregiudizio etnico; questo si rivela già presente e formato al 14° anno in quasi la metà dei ragazzi interrogati.

L'argomento dei colleghi romani confina con la ricerca condotta a Napoli da *Cirillo e al.* dell'ACP Campania che hanno cercato criteri "facili", e a portata di mano, per identificare la popolazione a rischio sociale e verificarne la consistenza. Gli AA hanno studiato 2800 ricoveri del Cardarelli di Napoli e hanno selezionato i bambini con più di un ricovero/anno: questi ricoveri ripetuti ammontano al 5%; quelli ripetuti più di 2 volte all'1,2% (128 bambini).

Questi bambini risiedono in quartieri degradati delle periferie di Napoli e, nell'82% dei casi, i ricoveri avvenivano per la stessa

causa e si ripetevano in un periodo di 3 mesi. Cirillo e collaboratori propongono perciò che il ricovero ricorrente sia tenuto in conto di un evento sentinella di rischio sociale. Ci sono in proposito dati della letteratura che confermano i rilievi dei colleghi campani ma è chiaro che per il nostro paese (nel quale i criteri per la individuazione del rischio sociale sono così poco indagati al contrario di quanto accade nei paesi di lingua inglese) sono opportune altre indagini su questo problema. Esistono dati inglesi di ammissioni multiple attorno al 18-25% sotto i 2 anni (Arch. dis. ch.1994; 71.50).

Una seconda indagine prospettica, condotta nell'ambulatorio del P.B. e nell'ospedale Cardarelli, sempre dall'ACP Campania, ha fissato alcuni criteri (divisi in criteri sociali e criteri sanitari) per individuare il bambino a rischio sociale e ha isolato 171 bambini dell'età media di 3 anni e tre mesi. Gli indicatori sociali negativi più significativi sono risultati il basso livello di istruzione dei genitori e l'abitazione precaria; quelli sanitari, il basso peso alla nascita, la non scelta del pediatra come medico di base e il ritardo vaccinale (> 6 m.). Il basso livello di istruzione separa più nettamente degli altri criteri le due popolazioni (quella che è a rischio di avere problemi sanitari e quella che no).

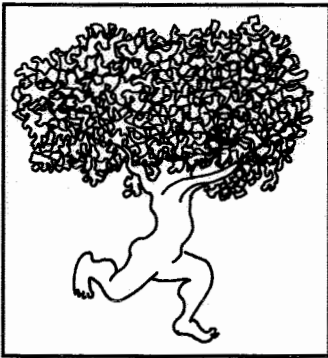
2

La seconda parte dei lavori riguarda un argomento di grande interesse: l'uso dei farmaci e il loro costo, specialmente da studiare in questo momento di contrazione delle risorse a disposizione del SSN.

Segnalo per primo il lavoro del Pedibas (*Marolla e al.*) che dimostra come, fra il 1991 e il 1992, l'introduzione di 5 nuove molecole (3 macrolidi e 2 cefalosporine di terza generazione) ha modificato grandemente la prescrizione di farmaci dei pediatri romani portando i macrolidi dal 32% delle prescrizioni al 41% e le cefalosporine dal 22 al 33% (a sfavore di eritomicina, penicillina e sulfametossazolo). In termini di spesa quella per i macrolidi è aumentata del 60%, quella delle cefalosporine dello 0,8%; quel che più conta è che l'aumento di spesa per bambino trattato è stato del 53% (!)

Gli AA concludono che il potere dell'industria è forte sui pediatri romani. A loro conferma si può notare che, in Italia, nel corso di un quinquennio (1985-89), le cefalosporine di 3ª generazione più i macrolidi, più i chinoloni sono passati dal 33 al 70% del fatturato farmaceutico.

L'APREF di Padova, l'ACP Bassano e l'ARP Vicenza partono, in un certo senso, dalle conclusioni del Pedibas (che pure ignoravano) per verificare sul campo quante volte, su 900 casi da reclutare, le molecole più vecchie (per le quali esistono dati bibliografici di efficacia consolidatissima) siano ancora, e con efficacia utilizzabili in 3



ACP ricerca

indicazioni: faringite streptococcica, otite media, sinusite acuta; e ancora quante volte, sempre sui 900 casi arruolati, sia invece necessario ricorrere ai nuovi farmaci.

Il lavoro formativo di preparazione, sottolineano gli AA, ha prodotto, nella formulazione dei protocolli, conoscenze (e quindi convinzioni) che prima di questo lavoro non esistevano e renderà certamente più facile, per il futuro, l'approccio alla cura di queste forme morbose.

Questo "apprendere facendo ricerca" significa apprendere cultura producendola e rappresenta - a mio parere - la terza fase della vita dell'ACP dopo la prima fase (oramai finita) dell'aggiornamento passivo e la seconda dell'aggiornamento attivo.

A questa seconda fase della formazione si riferisce un poster di *Flori e al.* di Firenze che riporta come su 200.000 bambini toscani seguiti dai P.B. solo il 15% è assistito da pediatri che non frequentano i corsi di formazione organizzati dalla Regione Toscana secondo il metodo Guilbert (in verità assai più discusso oggi che in passato per le sue rigidità).

Uno studio di formazione condotto mediante ricerca attiva e quindi sul tipo di quello di Padova, è in corso in Umbria sempre sulla tonsillite da SBEA, con uno studio aperto (ahimè), ma randomizzato e controllato di Azitromicina vs Eritromicina che prevede l'arruolamento di 1780 bambini (890 per braccio).

L'anno prossimo, quindi, gli studi dei colleghi veneti e umbri faranno presumibilmente chiarezza su questo

ambito della ricerca farmacoterapica.

Poiché dai protocolli presentati nei poster non emerge, si dovrebbe raccomandare l'estensione dei due studi all'aspetto della farmacoeconomia.

Questa parte di "microeconomia" infatti, che studia il comportamento del consumatore e del dispensatore di spesa, necessita da parte nostra di maggiore impegno anche soltanto sul piano della descrizione e dell'analisi e (più in sù) del "cost of illness".

In termini percentuali l'incidenza di spesa per antibiotici in Italia è più alta (9.2%) di quella della Francia (7.6%), del Regno Unito (7.4%), della Germania (2.9%).

Sollecito anzi ancora le associazioni locali dell'ACP a volere inserire argomenti di farmacoeconomia nei programmi dei congressi e dei corsi ACP. Questa disciplina (per motivi intuibili) stenta a trovare la sua collocazione in ambito accademico per cui, per molti anni ancora, è prevedibile che le ricerche di farmacoeconomia abbiano un peso molto scarso nella formulazione delle decisioni.

Due parole di conclusione.

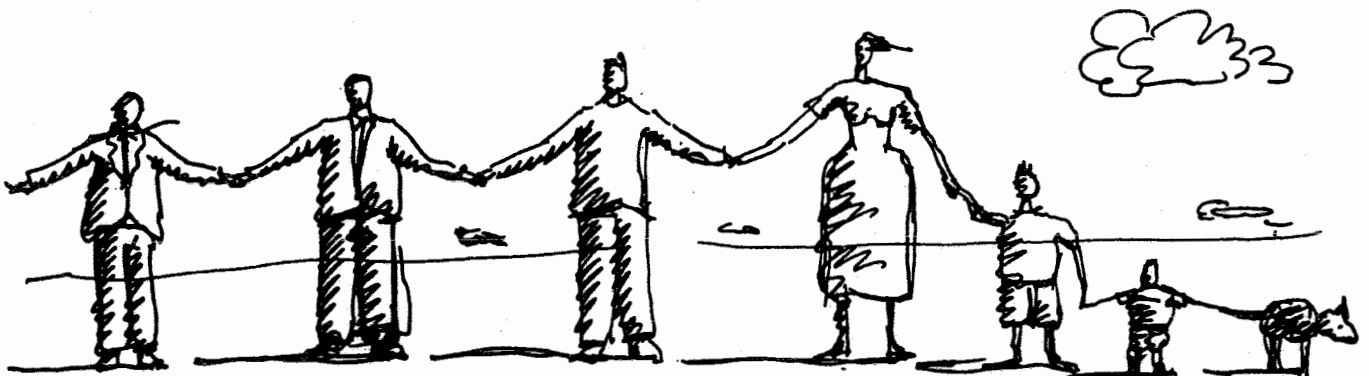
Si tratta in discreta parte di studi in corso di svolgimento o di risultati preliminari.

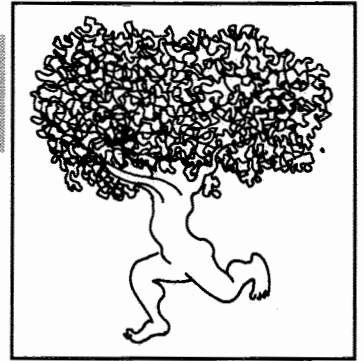
Sarebbe bene che i colleghi che hanno presentato sia gli uni che gli altri avessero la continuità necessaria per presentarci fra un anno i loro risultati definitivi.

Forse non sarebbe neanche male che, nelle sedi dei congressi locali dell'ACP, ci fosse uno spazio per comunicazioni o poster per presentare alla pubblica discussione questi lavori che meritano di essere più ampiamente discussi di quanto non si possa fare qui.

Lascio comunque al gruppo della ricerca l'approfondimento di queste impressioni.

Giancarlo Biasini





Screening per Helicobacteriosi (HP) e malattia Celiaca (MC) in una popolazione pediatrica dell'età di 10 anni residente nella USL 39 (Cesena) e USL 36 (Lugo di Romagna). Dati preliminari

Marani M.*; Cecchini I.*; Brunelli A.*; Valenti A.**; Cipolloni A.P.***; Bertini R.***; Bisulli G.****; Gentili G.****; Ricci S.****; Miano A.*; Alberti A.°; Amadori D.°°; Calandra L.°; Calbucci D.°; Casalboni R.°; Cecchi A.M.°; Degli Angeli M.°; De Pascale A.°; Donati D.°; Faberi P.°; Faedi C.M.°; Foschi A.°; Foschi F.°°; Iaia M.°; Mambelli M.°; Marrone F.°°; Mazzini F.°; Minghetti M.°; Mingozzi G.°; Poggioli B.°; Ponti R.°; Stazzoni A.°; Tonti P.L.°; Trebbi M.°; Valentini S.°.

* Divisione Pediatrica - Ospedale "M. Bufalini" - Cesena
 ** Divisione Pediatrica - Ospedale Civile di Lugo - Lugo
 *** Laboratorio Analisi - Ospedale "M. Bufalini" - Cesena
 **** Divisione Chirurgica - Ospedale "M. Bufalini" - Cesena
 ° Pediatri di libera scelta - USL 39 - Cesena
 °° Pediatri di Comunità - USL 39 - Cesena

OBIETTIVI:

valutare la prevalenza della HP e della MC in una popolazione pediatrica omogenea.

MATERIALI E METODI:

la popolazione in esame è costituita dai bambini nati nel 1984 e residenti nella USL 39 e 36. Sono stati sottoposti a dosaggio di IgG anti HP e dosaggio di AGA IgG ed IgA ed EMA. Alla data del 31 maggio 1994 sono stati testati 648 bambini dei 1489 residenti nella USL 39 e 121 bambini dei 562 residenti nella USL 36.

RISULTATI USL 39:

a) dosaggio della IgG anti-Helicobacter:

popolazione screenata:	648/1489 (43.5%)
IgG HP > 20 U/ml. (cut off metodo):	127/648 (19.5%)
IgG HP > 20 e < 30 U/ml.:	87/648 (13.4%)

Per questi pazienti non è programmata biopsia gastrica, ma è programmato follow up sierologico a 6 mesi dal prelievo.

IgG HP > 30 U/ml.:	40/648 (6.1%)
--------------------	---------------

A questi pazienti è stata proposta biopsia gastrica con endoscopia (EGDS). I risultati sono così suddivisi:

pazienti che hanno eseguito EGDS:	9/40
pazienti che rifiutano EGDS:	6/40
pazienti in attesa di EGDS:	25/40

Risultati delle EGDS eseguite:

EGDS + biopsia antro CP test:	9/40
Istologia pos. per gastrite cronica:	8/9
HP presente alla istologia:	8/9
CP test (ureasi) positivo:	4/9

b) dosaggio EMA:

popolazione screenata:	648/1489
EMA positivo:	7/648 (1:92 pazienti)
biopsia duodenale positiva:	3/7
pazienti in attesa di biopsia:	4/7

I pazienti celiaci nati nel 1984, residenti nella USL 39 e già diagnosticati per sintomi sono 3/1489.

RISULTATI USL 36:

a) dosaggio IgG anti-Helicobacter:

popolazione screenata:	121/562	(21%)
IgG HP > 20 e < 30:	5/121	(4%)
IgG HP > 30:	1/121	(0.8%)

Questo paziente è in attesa di EGDS.

b) dosaggio EMA:

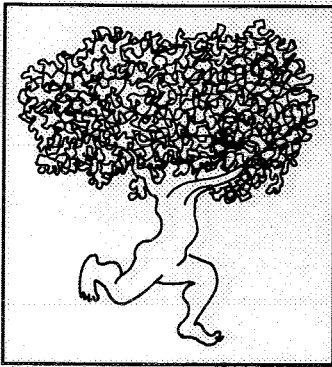
popolazione screenata:	121/562
EMA positivo:	1/121
biopsia duodenale positiva:	1/1

CONCLUSIONI:

a) *Helicobacteriosi*: la sieroprevalenza nella nostra popolazione di 10 anni appare essere fino a questo momento della ricerca del 19.5%. La conferma istologica della infezione da HP è avvenuta in 8/9 esami endoscopici eseguiti. 6/8 pazienti affetti da gastrite da HP erano totalmente asintomatici. 2/8 pazienti affetti da gastrite da HP presentavano dolori addominali ricorrenti da oltre 3 mesi.

b) *Malattia Celiaca*: la sieroprevalenza (EMA) per malattia celiaca nella nostra popolazione di 10 anni risulta essere di 1:92 pazienti screenati.

La conferma istologica di malattia celiaca è avvenuta in 3/7 pazienti EMA positivi (4/7 però, sono in attesa di biopsia digiunale). I pazienti celiaci finora diagnosticati su questa popolazione sono 6/1489 (3 per sintomi e 3 per screening) pari a una frequenza di 1/248. Questa frequenza potrebbe aumentare qualora venissero confermate le altre 4 positività sierologiche e venissero identificati ulteriori pazienti nel corso della ricerca. 1/3 pazienti celiaci identificati allo screening era sintomatico (anemia ferrocarenziale). 1/3 pazienti celiaci identificati risulta affetto anche da gastrite da *Helicobacter* (questo paziente era del tutto asintomatico).



Screening visivo per la ricerca dell'Ambliopia in bambini di tre anni nell'ambulatorio pediatrico

M. Angi, L. Caielli, S. Blundo, R. Bussi, E. Degan, M. Fama, A. Galeazzo, L. Giarretta, R. Luchelli, M. Marchesani, V. Murgia, S. Pasquato, M. Pavan, S. Perin, E. Polidoro, B. Ruffato, R. Savastano, G. Spinella, D. Stefani, C. Valerio; APREF, Padova

PREMESSA:

La diagnosi di ambliopia nei bambini si basa o sulla rilevazione obbiettiva dei difetti ambliogenici, che può avvenire dall'età di 6 mesi con metodi retinoscopici o fotografici, o sulla rilevazione del visus con ottotipo, che di norma viene effettuata dall'età di 3 anni. Gli ottotipi convenzionali con lettere E o C danno a quell'età un'elevata percentuale di falsi positivi e di non collaboranti, in relazione all'imaturità psico-motoria del bambino e all'incompleto sviluppo della lateralizzazione.

OBIETTIVO DELLA RICERCA:

Verifica della validità e della fattibilità dello screening visivo effettuato con un ottotipo HOTV. Le caratteristiche di questa tavola consistono nel non richiedere al bambino una risposta direzionale (alto, basso, destra, sinistra) ma il riconoscimento di una figura simile a quella indicata dall'esaminatore su un cartoncino che il bambino tiene in mano.

PAZIENTI E METODO:

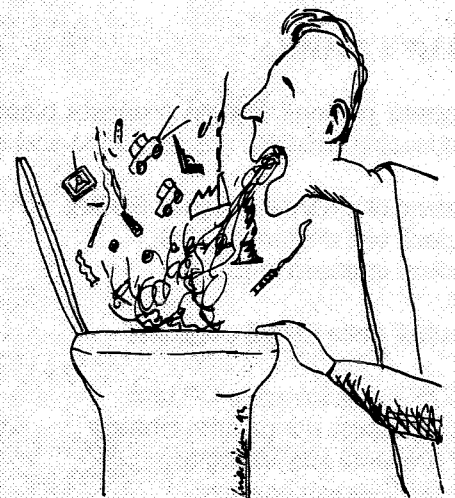
Lo studio è stato compiuto da un gruppo di pediatri ambulatoriali i quali, nell'arco di tempo di 3 mesi, hanno proposto un controllo visivo a tutti i loro pazienti che in quel periodo compivano i tre anni di età. Sono stati giudicati a rischio di ambliopia ed inviati a controllo oculistico i bambini il cui visus monoculare era inferiore o uguale a 0.5, e i bambini non collaboranti; un corrispondente numero di bambini con visus maggiore di 0.5 è stato casualmente selezionato ed inviato come gruppo di controllo. Al controllo oculistico sono stati considerati veri positivi e corretti con occhiali i bambini che presentavano un difetto refrattivo di meridiano maggiore di 2 diottrie, uno strabismo, una anisometropia maggiore di 1.5 diottrie.

RISULTATI:

Dei 221 bambini iscritti nelle liste dei pediatri, 193 (87%) hanno partecipato allo studio. 55 bambini sono stati inviati a visita oculistica perchè positivi o non collaboranti al test: 10 erano veri positivi (5.1%) e 45 falsi positivi (23%). 59 bambini giudicati normali al test sono stati inviati come gruppo di controllo a visita oculistica: 2 erano falsi negativi (1%). La prevalenza dei difetti ambliogenici è risultata 6.2%. Lo screening visivo con ottotipo HOTV ha avuto sensibilità 83%, specificità 70%, valore predittivo positivo 18%, valore predittivo negativo 98%. La ridotta specificità e valore predittivo positivo del test sono dovuti all'elevato numero di soggetti non collaboranti inviati alla visita oculistica.

CONCLUSIONI:

La misurazione dell'acuità visiva all'età di 3 anni si è rivelato un esame problematico. Le difficoltà riguardano non tanto il tipo di ottotipo scelto, ma le caratteristiche del bambino a questa età (difficoltà a mantenere l'attenzione per tutta la durata dell'esame) e la fattibilità del test nella realtà operativa del pediatra ambulatoriale (rapporto costi/benefici sfavorevole per l'eccessivo tempo necessario e l'elevato numero di non collaboranti e di falsi positivi). In conclusione, pur ribadendo l'utilità di controllare la capacità visiva del bambino nel corso del suo sviluppo, lo studio sottolinea l'opportunità di sottoporre a controlli obbiettivi entro il primo anno di vita, e di prendere in considerazione l'uso routinario dell'ottotipo al di sopra dei 3 anni, quando la collaborazione è migliore.



La gestione dell'asma bronchiale nella pratica pediatrica ambulatoriale

Gruppo dei pediatri della regione
Abruzzo, Basilicata e Puglia

Pediatri di base:

Abruzzo: Angeloni S, Basile L, Battistella Pmc, Berloco Mp, Bosco F, Cappellucci D, Castiglione G, D'Onofrio V, De Palma, C, Del Vomano E, Di Croce F, Di Giampietro T, Di Teodoro A, Di Tullio A, La Guardia L, Lombardi MR, Magnelli A, Mancini V, Marchione L, Minervino MT, Napoleone M, Nardi R, Spinelli A,

Basilicata: Cappa V, Curcio R, Danzi AG, La Sala C, Martoccia M, Morero G, Sarra E

Puglia: Bruno D, Falcone C, Fanelli P, Franco G, Frappampina V, Geronimo GF, Grilli G, Lisi V, Logoluso L, Marinalli F, Napolitano S, Rella F, Vania C.

Coordinamento: Marchetti F*, Misticoni G*, D'Andrea N**
* Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri Sud, S. Maria Imbaro (CH); ** Ospedale regionale "Miulli", Acquaviva delle Fonti (BA)

Obiettivi - Documentare la frequenza e la qualità dei problemi incontrati nella pratica pediatrica ambulatoriale relativamente al trattamento e alla gestione dei bambini con l'asma bronchiale.

Disegno - Studio epidemiologico osservazionale relativo a tutti i casi di asma giunti all'osservazione del pediatra di base durante il mese di ottobre 1993.

Soggetti - 41 pediatri delle Regioni Abruzzo, Basilicata e Puglia che, durante il periodo indice di studio, hanno reclutato 237 bambini con asma.

Risultati - Dei 237 pazienti giunti all'osservazione del pediatra, 194 (82%) avevano sofferto in passato di asma e, nell'80% dei casi era seguiti soltanto dal pediatra curante.

Nei 6 mesi precedenti all'osservazione, il 58% dei pazienti (113/194) avevano avuto almeno un episodio di asma e 32 (16%) tre o più episodi.

Una sensibilizzazione allergica (prevalentemente agli acari della polvere) era documentata in 85 (47%) bambini con anamnesi positiva per asma. Il 43% (83/194) dei pazienti era in profilassi farmacologica, di cui 37 (44%) da più di 7 mesi.

Il farmaco più utilizzato è risultato essere il ketotifene, in

53 bambini (63%) da solo, in 19 (22%) in associazione con un cromone (in 16 casi il nedocromile). Il nedocromile

le da solo era usato in 8 pazienti (10%) mentre solo 2 pazienti erano in profilassi con un cortisonico inalatorio.

Dei 32 bambini che avevano avuto più di 3 episodi negli ultimi 6 mesi, solo 20 (62%) erano in profilassi farmacologica. L'11% dei pazienti era sottoposto a immunoterapia specifica, di cui 8/24 per via orale.

Per i 194 pazienti che avevano sofferto di asma in passato il giudizio espresso dal pediatra sul controllo della sintomatologia è stato di "inadeguatezza" per 59 casi (32%), attribuibile alla presenza di fattori di rischio concomitanti (59%) e a inadeguato self-management (35%).

Durante la presente visita, il 98% dei bambini ha ricevuto almeno una prescrizione con una media di 2,5 farmaci per paziente (range 1-6).

Le classi di antiastmatici più utilizzate sono risultate essere i beta 2 stimolanti, prescritti nel 94% dei casi (nel 46% per via orale, nel 30% per via inalatoria, nel 15% sia per via orale che inalatoria) e i corticosteroidi, prescritti nell'80% dei casi (51% per via inalatoria, 31% per via orale e 18% sia per via orale che inalatoria). I mucolitici e gli antibiotici sono stati utilizzati nel 24% e 23% dei casi, mentre gli xantinitici solo in 4 pazienti.

La distribuzione delle prescrizioni rispetto all'età dei pazienti evidenzia che l'uso dei beta 2 per via orale si riduce sistematicamente in età scolare (59% vs 35%), sebbene continuo ad essere prescritti, dopo i 5 anni, in 3 casi su 10.

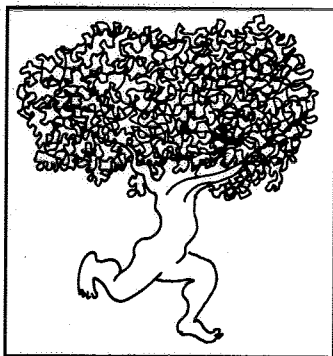
Lo steroide per via inalatoria è stato prescritto mediamente per 9 giorni (con una mediana di 7), verosimilmente a significare che il suo uso terapeutico è volto al trattamento dell'episodio acuto di asma.

I principi farmacologici più prescritti sono stati il salbutamolo (74%) tra i beta 2 stimolanti e il beclometasone e il betanetasone tra i corticosteroidi (45% e 35%, rispettivamente).

I problemi incontrati nella gestione dell'asma, da parte dei pediatri, hanno riguardato il 31% dei pazienti (74/237) e le motivazioni erano attribuibili alla scarsa compliance, all'esposizione a fattori a rischio non facilmente eliminabili e al cattivo controllo della sintomatologia.

Conclusioni - Il metodo seguito nella documentazione dei problemi relativi alla gestione dell'asma costituisce un approccio culturalmente innovativo, in quanto permette di identificare i pazienti con cattivo controllo della sintomatologia e di ipotizzare interventi di formazione al/ai problema/i, con una valutazione delle loro ricadute in termini di comportamenti diagnostici e terapeutici e di outcome sul singolo paziente.





La Formazione permanente in Toscana: risultati e prospettive

V. Fiori, E. Solito, P.L. Tucci, V. Boddi*, V. Alabiso, P. Becherucci, M. Generoso, R. Ghio, D. Lopiparo, A. Lucca, M. Mariani, A. Moretti, P. Panconi, M. Pierattelli, G. Vitali Rosati.

Pediatri di Base,
*Istituto Patologia Generale, Università di Firenze

Fin dal 1986 nella Regione Toscana, come previsto dalla Convenzione, la formazione dei pediatri di famiglia viene effettuata con atelier di formazione, organizzati con il metodo dell'apprendimento attivo secondo Guilbert, utilizzando animatori adeguatamente preparati e iscritti in specifico Albo Regionale. Allo scopo di valutare l'effettiva frequenza ai corsi e i motivi di non partecipazione, abbiamo incrociato i dati della frequenza ai corsi a partire dal 1990 con i tabulati regionali, eseguendo successivamente un'analisi statistica secondo il modello della regressione logistica.

Risultati:

Dei 372 Pediatri di Famiglia attualmente in servizio l'80,6% ha partecipato negli ultimi 4 anni ad almeno 1 corso ed il 71% ad almeno 2 corsi. Esaminando la situazione al 31.12.92, entrata in vigore della Legge sulla incompatibilità tra Pediatria di Famiglia e lavoro dipendente, abbiamo riscontrato valori molto simili: il 75% aveva partecipato ad almeno 1 corso ed il 62% ad almeno 2 corsi in 3 anni.

L'analisi di regressione logistica ha dimostrato che i fattori di rischio per la non partecipazione sono l'età (con l'aumentare di essa diminuisce la partecipazione secondo un fattore moltiplicativo di 0,4098 per anno) ed il lavoro dipendente (minore partecipazione tra i dipendenti con un fattore di moltiplicazione uguale a 0,3941), naturalmente indipendentemente l'uno dall'altro.

Non sono risultate significative invece le seguenti variabili: il sesso, la sede geografica, il numero degli assistiti ed il doppio incarico Pediatria di Famiglia e Pediatria Consultoriale.

Tra i motivi addotti da coloro che non partecipano ai corsi i più citati sono: problemi familiari e la difficoltà di allontanarsi per 3 giorni dal luogo di lavoro.

Conclusioni:

Il dato globale della frequenza è da noi considerato lusinghiero, in particolare il fatto che su oltre 220.000 bambini toscani seguiti da pediatri di famiglia, 168.000 sono seguiti da pediatri che partecipano regolarmente ai corsi e 186.000 da pediatri che hanno fatto almeno 1 corso.

Progetti:

Al di là della continuazione del lavoro secondo le metodiche già espresse, pensiamo di promuovere sul territorio, tra i gruppi di aggregazione nati grazie ai corsi, altre attività come la ricerca epidemiologica di base, la VRQ e la formazione per gli specializzandi.

Il pediatra, il bambino, la famiglia: una indagine conoscitiva nelle uu.ss.ll. di Roma.

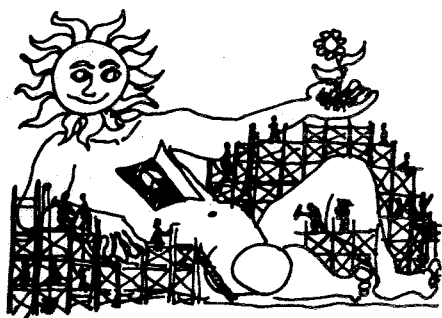
E. Buccisano (*), R. Cannavù (*), F. Di Tullio (*), M.R. Ghera (**), F. Luchino (*), F. Marolla (*), L. Silienti (*), M. Vaccaro (*), M. Orzalesi (***)

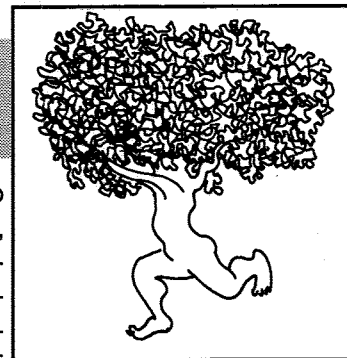
(*) pediatra di base, (**) psicologa, (***) Istituto di Puericultura - Università La Sapienza - Roma
ACP Laziale - Roma

La pediatria in Italia sembra ora pronta ad ampliare i propri orizzonti. Entrano infatti a far parte dei suoi interessi problematiche quali la ineguaglianza della popolazione infantile rispetto al diritto alla salute e la insufficienza, anche nei paesi industrializzati, dell'assistenza sanitaria rispetto all'obiettivo raccomandato dall'OMS di assicurare al bambino la salute integrale, intesa non solo come la assenza di malattia, ma anche come pieno benessere fisico e psichico.

In questa ottica il pediatra deve necessariamente occuparsi dell'ambiente in cui vive il bambino e proporsi alla famiglia come punto di riferimento per la ricerca di condizioni che facilitino lo sviluppo di tutte le sue competenze. Nell'intento di definire il livello di consapevolezza dei pediatri di base di Roma di fronte a questa esigenza, è stata condotta un'indagine su un campione di 100 pediatri scelti casualmente in tre UU.SS.LL. rappresentative della popolazione romana. È stato richiesto di compilare un questionario appositamente preparato che esplora l'atteggiamento dei pediatri di fronte ad alcuni aspetti relazionali e la percezione che essi hanno sulla propria preparazione/formazione in proposito.

L'elaborazione delle risposte ha offerto lo spunto per un'attenta riflessione sul livello di consapevolezza e di consenso dei pediatri e sull'opportunità di promuovere strategie che diano loro la possibilità di rafforzare le proprie competenze ed accrescerne la disponibilità rispetto agli aspetti relazionali della Pediatria.





Il pregiudizio sulla diversità in adolescenza

D. Bruno, M. Coccia, M. Latini, M. E. Trillù.
Servizio Materno Infantile - U.S.L. RM 4 Direttore
Dott.ssa A. Murri - Consultorio Familiare Via Casilina 711,
Roma

La popolazione in Italia sta cambiando. Sono presenti 925.172 stranieri, nel Lazio sono 229.043, a Roma 204.498 (fonte: Elaborazioni Caritas su Dati del Ministero del Lavoro).

Prossimi a divenire una società multietnica, già da ora abbiamo evidenti differenze etniche con conseguenti disuguaglianze di condizione economica, di integrazione o emarginazione culturale. Stimolati a riflettere da consistenti fenomeni di intolleranza razziale, pericolosamente agiti da bande giovanili, ci siamo chiesti quale fosse la motivazione che determina opinioni ed atteggiamenti ostili nei confronti degli immigrati; se, e in che misura, la diversità fosse valutata negativamente, o come minaccia, tanto da innescare azioni di attacco. Due ipotesi interpretative del disagio adolescenziale:

a) la crisi di identità, il bisogno urgente dei ragazzi di equipaggiarsi con una propria identità nel momento in cui si preparano ad occupare un ruolo nella società degli adulti;

b) la perdita di identità culturale e di vecchie tradizioni da parte della famiglia di appartenenza, spesso a sua volta immigrata, con le difficoltà connesse all'integrazione e all'acquisizione di un ruolo all'interno del contesto territoriale.

In risposta a questo disagio psicologico e sociale, la tentazione di aggregarsi per darsi una definizione qualsiasi è molto forte. Si tratta di un'aggregazione tra simili, già connaturata al modo di essere adolescenziale, che potrebbe avere come conseguenza la stigmatizzazione di qualunque diversità. Ci siamo chiesti: questa urgente necessità di alienare da se stessi qualunque sospetto di diversità, prende la forma del razzismo? e conseguentemente, la presenza degli stranieri sul nostro territorio, soggettivamente come viene avvertita?

All'interno di un articolato intervento nell'Istituto Tecnico Commerciale "Di Vittorio", abbiamo somministrato un questionario a 766 ragazzi di età compresa tra i 14 e i 19 anni, con l'obiettivo di saggiare la presenza del pregiudizio etnico.

PRESUPPOSTI TEORICI:

Abbiamo utilizzato items che correlano profili di mentalità e personalità con atteggiamenti razzisti. L'ipotesi teorica postula che l'affidarsi acritico, irrazionale e definitivo all'autorità ha come corollario un orientamento a favore dell'autoritarismo e alla disposizione all'intolleranza

generale. Ovvero, si può parlare di mentalità chiusa, di fattori interni alla personalità che alterano la comprensione delle informazioni, fino ad evitare aspetti

della realtà esterna. Conseguenziale e congeniale è l'uso di stereotipi etnici negativi con funzione discriminatoria, indicatori della chiusura difensiva del gruppo a cui il soggetto fa riferimento. Le voci conservatorismo/autoritarismo, intolleranza/razzismo come si coniugano nel paradigma temporale adolescenza?

Il questionario è stato somministrato ad adolescenti che evolutivamente, transitoriamente si organizzano in un sistema di credenze di gruppo a scopo difensivo, relativo al concetto di sé, all'ideale dell'io, enfatizzando le differenze, le preoccupazioni verso il potere.

RISULTATI:

L'opinione dei ragazzi non varia molto in rapporto all'età. L'eventuale stereotipo culturale, che biasima la diversità, che può innescare atteggiamenti di diffidenza o di esclusione di matrice razzista, è già confezionato a 14 anni e conservato a 19.

Il 54% non ama cambiare abitudini: indice della tendenza a conservare piuttosto che innovare e della forza del legame con la famiglia. Il 20% non trova interessanti le usanze straniere ed "unico" il modo di vivere degli italiani. L'esclusione dello straniero viene fatta in quanto "estraneo" al gruppo dei coetanei dal quale i ragazzi mutuano il senso di identità, accentuando le differenze e minimizzando le somiglianze.

Preferiscono i popoli occidentali con un'incontestabile supremazia economica e culturale.

Il 40% trova che è giusto essere solidale con chi è svantaggiato, ma ognuno "a casa sua".

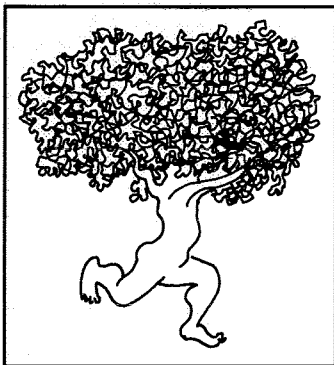
Il 46% afferma che "si spendono soldi inutili per inserire gente inutile", indicando che in questo caso si confondono etnocentrismo e conservatorismo.

Il 26% pensa che "la presenza di culture diverse attacca le istituzioni", solo un altrettanto 26% non lo pensa, mentre ben il 36% dichiara la propria indecisione sbarrando un "non so".

L'ambizione è quella di conservare/migliorare lo stato sociale raggiunto dai genitori.

Fattori irrazionali che sollecitano all'etnocentrismo sono correlabili al senso di sicurezza sulla propria identità, se questa cresce, aumenta la tolleranza rispetto alla diversità.

Questa ricerca descrive taluni comportamenti verbali di intolleranza razziale, che non sono predittivi del passaggio all'azione di aggressione intollerante, e questo tipo di agito richiede una disposizione personale e condizioni straordinarie contingenti.



Il ricovero ricorrente

*P. Siani, G. Cirillo, S. Loda-
to, F. Antonelli, L. Cimaduo-
mo, P. Esposito*

Dipartimento di Pediatria Ospedale A. Cardarelli Napoli

Esiste una parte della popolazione con caratteristiche sociali e comportamentali ben definibili che esprime una notevole e sproporzionata richiesta di servizi sanitari, misurabile dal numero delle visite, dagli esami di laboratorio, dall'uso dei farmaci e dal numero di ricoveri ospedalieri per patologie acute. Obiettivo dello studio È stato quello di valutare il numero di bambini ricoverati per due o più volte presso il Dipartimento di Pediatria dell'Ospedale Cardarelli di Napoli nel corso del 1993.

Da un totale di 2807 bambini ricoverati d'urgenza, ne sono stati selezionati 128 (4,9%) che avevano effettuato due o più ricoveri. La selezione è stata operata utilizzando i registri di reparto opportunamente informatizzati; i risultati sono stati analizzati con il package SPSS-pc. Di ciascun bambino sono stati analizzati l'età, la residenza, il mese dell'anno del primo ricovero, l'intervallo temporale tra i ricoveri, la diagnosi di dimissione. I bambini con due ricoveri sono stati 94, quelli con tre sono stati 22, e 12 con più di tre ricoveri. L'età, al momento del primo ricovero, è risultata in media di 24,8 mesi (range 2 - 126); in circa l'80% dei casi l'età era inferiore ai 36 mesi. Il 75,2% risiedeva in quartieri degradati della periferia nord-ovest del capoluogo campano. Il primo ricovero si è verificato in modo uniforme nei primi mesi dell'anno. Il secondo è avvenuto, nel 51,6% dei casi, entro un mese dal primo e, nel 76,6%, entro i tre mesi. Anche nei successivi ricoveri, in più della metà dei casi, l'intervallo era uguale o inferiore a un mese.

Le diagnosi di dimissione del primo ricovero sono state: diarrea acuta (22,4%), URTI (18%), asma (19,5%), convulsione febbrile (10,1%). Le diagnosi del secondo e del terzo ricovero sono pressoché sovrapponibili a quelle del primo. I risultati mostrano che i bambini con ricoveri ricorrenti sono abbastanza numerosi (circa il 5%) e che i loro ricoveri rappresentano il 10,7% di tutti i ricoveri effettuati nel 1993 nelle Divisioni prese in esame.

Le patologie per le quali questi bambini sono stati ricoverati, per quanto intrinsecamente recidivanti, non richiedono necessariamente ricoveri multipli; il dato che la grande maggioranza risiede in zone degradate della periferia napoletana mette in evidenza che il ricovero ricorrente deve essere considerato un evento sentinella, non

tanto per problemi di ordine sanitario quanto, piuttosto, per difficoltà di tipo sociale e comportamentale della famiglia. Inoltre, esso è un'espressione di una mancata integrazione tra i servizi sanitari di base, l'ospedale, la famiglia e la pediatria di base. Sarebbe utile una migliore integrazione dei servizi per l'infanzia che porti alla "presa in carico" in termini sociali e sanitari di questa popolazione i cui bisogni attualmente si esprimono quasi esclusivamente nel ricovero ospedaliero.

Il Bambino a rischio sociale Risultati preliminari (follow up a 3 mesi)

*G. Cirillo, P. Siani, T. Montini, G. D'Adamo, S. Manetti,
D. Longo, P. Esposito, L. Cimaduomo, L. De Seta.
Hanno collaborato: M. Spiezie, R. Di Concilio, C. Tre-
grossi, Mr. D'Aniello, L. Amato, L. Mottola.
Acp Campania.*

Ciascun pediatra, nel suo lavoro quotidiano, incontra spesso bambini a rischio sociale e risponde alla domanda di prestazione sanitaria in modo ripetitivo e uniforme, trascurando proprio le problematiche sociali.

Poter disporre di indicatori di rischio può essere utile al fine della presa in carico di questi bambini e/o della segnalazione ad altri servizi territoriali.

Obiettivo dello studio è stato quello di verificare, da una parte, la consistenza di questa

popolazione a rischio, dall'altra, l'utilità di alcuni indicatori nel predire le problematiche sanitarie e l'uso dei servizi.

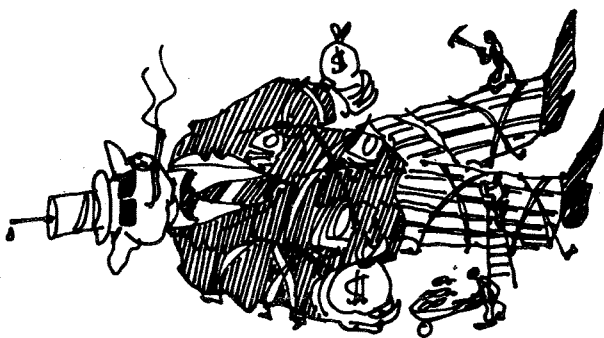
Sono stati reclutati, per un periodo di 10 giorni consecutivi, tutti i bambini visitati tra la fine del dicembre 1993 e l'inizio del gennaio 1994, per un totale di 171 bambini (età media 39,1 mesi; range 1-144).

Per ciascun bambino sono stati registrati l'età, il motivo della visita e l'eventuale presenza di positività dei seguenti indicatori sociali:

- famiglia monoparentale
- genitore tossicodipendente - alcolista - gravemente ammalato
- età dei genitori inferiore a 20 anni
- più di due fratelli
- istruzione dei genitori inferiore alla licenza elementare
- residenza in quartiere a rischio
- abitazione precaria (più di un abitante per vano).

Veniva inoltre registrata la positività dei sottoindicati indicatori sanitari:

- basso peso - prematurità
- ricovero nel primo mese di vita



- ritardo nelle vaccinazioni superiore a 6 mesi
- non iscrizione con il pediatra di base
- più di 2 accessi ad un PS nel mese precedente
- più di 2 ricoveri nei 6 mesi precedenti
- ricovero per ingestione di sostanze nocive
- ricovero per incidenti
- asma mal gestita (più di 2 ricoveri e/o accessi al PS negli ultimi 3 mesi).

Per ciascun bambino è stato condotto un follow up telefonico a 3 mesi, valutando quali e quanti problemi sanitari si erano verificati e a quali servizi le famiglie si erano rivolte. I dati sono stati registrati su di un programma di data-base e analizzati con il package SPSS-pc.

Le cause sanitarie del primo contatto sono state, prevalentemente, le infezioni delle alte vie respiratorie, la febbre, il broncospasmo (il momento dell'anno in cui è avvenuto il reclutamento ha certamente influenzato il tipo di patologia).

Gli indicatori sociali "negativi" più frequentemente presenti sono stati il basso livello di istruzione dei genitori (n. 17: 9,9%) e l'abitazione precaria (n.28: 16,4%), in 6 bambini entrambi gli indicatori erano presenti.

Gli indicatori sanitari "negativi" più frequenti sono stati, invece, il basso peso alla nascita (e/o prematurità), la non iscrizione con il pediatra di base, il ritardo delle vaccinazioni.

Nei tre mesi di follow up, le patologie più frequenti sono state le infezioni delle alte vie respiratorie e il broncospasmo.

Nella maggior parte dei casi, i familiari si sono rivolti al pediatra di base e al PS ospedaliero.

Data la brevità del follow up fin qui realizzato, abbiamo limitato ai soli indicatori più frequentemente presenti (basso livello di istruzione dei genitori, abitazione precaria, basso peso alla nascita-prematurità, non iscrizione con il pediatra di base) l'ulteriore analisi delle differenze tra le due popolazioni selezionate.

Soltanto per l'indicatore "basso livello di istruzione dei genitori" esiste una discreta differenza tra la popolazione a rischio e quella non a rischio: i problemi sanitari si sono verificati nel 100% dei bambini a rischio, a fronte del 74% della popolazione non a rischio.

I dati, se pur preliminari, suggeriscono che gli indicatori sociali utilizzati selezionano una popolazione a rischio di circa il 40%.

Tra tutti gli indicatori inizialmente selezionati, solo il basso livello di istruzione dei genitori sembra essere predittivo di una maggiore morbilità e/o di maggiori richieste di prestazioni sanitarie.

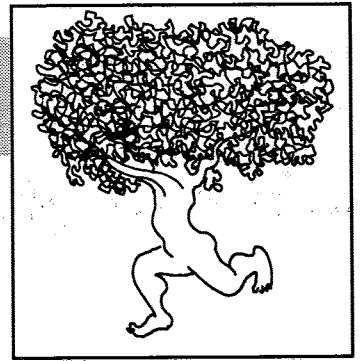
Sono necessari ulteriori dati (follow up a 6 e 12 mesi) per verificare e analizzare in modo più approfondito la valenza e l'utilità degli indicatori selezionati.

Prescrizione e costo della terapia antibiotica orale da parte dei pediatri di libera scelta

a Roma:

vecchie e nuove molecole

F. Marolla(*), S. Uccella(*), R. Cannavù(*), M. Orzalesi(**).(*)Pedibas Roma (**)Istituto di Puericultura - Università "La Sapienza" Roma



La farmacoepidemiologia, materia che si occupa, fra l'altro, dei rapporti costo/efficacia e costo/beneficio dei farmaci, deve sempre più far parte del patrimonio culturale del pediatra. Scopo del nostro studio è stato quello di valutare la prescrizione di antibiotici per via orale (A) da parte dei pediatri di libera scelta di Roma in due momenti: uno antecedente e l'altro successivo all'immissione di nuove molecole sul mercato. Infatti, tra l'ultimo trimestre del 1991 e lo stesso periodo dell'anno seguente, sono state introdotte e fortemente propagandate dalle industrie 5 nuove molecole (3 macrolidi e 2 cefalosporine orali di terza generazione). Abbiamo ottenuto dal Centro Elettronico Romano i dati relativi a un campione di 344 pediatri di base del comune di Roma (pari al 79,6% del totale operante) riguardanti la prescrizione e la spesa per A nei mesi di dicembre 1991 e 1992. I dati possono essere confrontati in quanto nessuna modifica sostanziale è stata apportata al SSN, nè il prezzo dei farmaci è stato ritoccato in tale periodo.

Il numero di pazienti trattati con A è sensibilmente diminuito da un anno all'altro (1991: 23027 bb., 1992: 14012 bb.; -39,1%), mentre l'importo lordo (milioni di lire) è diminuito dell'8% (1991: 435; 1992: 402). La suddivisione dei pazienti (%) per grandi gruppi di A ha mostrato significative variazioni. Nel 1991: penicilline (P) 42,1; macrolidi (M) 32,5; cefalosporine (C) 21,7; sulfametossazolo (S) 3,7. Nel 1992: (M) 50,8; (C) 33; (P) 15,7; (S) 0,5. Similmente, l'importo lordo (milioni di lire) è risultato, nei due anni, rispettivamente: (P) 165 e 54 (-67%); (M) 136 e 217 (+60%); (C) 129 e 130, (S) 6 e 1 (-83%). Nel dicembre del '91, le sei molecole più prescritte (86,7% del totale) sono, in ordine, le seguenti: amoxicillina, eritromicina, cefacloro, amoxicillina-acido clavulanico, miocamicina e sulbactam. Dodici mesi dopo, risultano essere le seguenti (84,2% del totale): cefacloro, claritromicina, eritromicina, amoxicillina-acido clavulanico, azitromicina e cefixima. In conclusione: 1) nonostante un calo di bambini trattati con A, la spesa per questi farmaci si è solo leggermente contratta e ciò a causa dell'aumentato costo per unità di A; 2) nel 1992 sono aumentate le prescrizioni di M e di C che, insieme, hanno trattato i 4/5 dei bambini; 3) l'immissione sul mercato farmaceutico di nuove molecole è senza dubbio responsabile di queste modifiche; 4) la novità farmacologica insieme alla propaganda hanno facile presa sulle abitudini prescrittive dei pediatri romani.

Ci si chiede: è un successo adeguato alle reali innovazioni apportate da questi farmaci?



La riunione del gruppo per la ricerca ambulatoriale.

Come avete visto dal programma del Congresso ACP di Firenze sta per partire la ricerca "Si può fare con meno" già discussa in varie occasioni in ambito ACP.

Sfruttando i vari suggerimenti delle riunioni di Riccione e Trieste, sta ormai definendosi una proposta di ricerca, messa a punto da Buzzetti e Tamburlini.

Va inoltre segnalato che è stato ottenuto un finanziamento da parte dell'Istituto Burlo Garofalo, per potere portare a termine tale progetto.

Tutti i gruppi riceveranno il materiale entro il 15/09/1994 e dovranno pronunciarsi e proporre eventuali modifiche, nonché dare la loro adesione entro il 30/10/1994.

Ci sembra indispensabile che ogni gruppo possa riunirsi, appena ricevuto il materiale e verificare se vi è interesse a parteciparvi e se ci sono almeno 5 ricercatori disponibili.

I referenti dei gruppi interessati sono invitati a Verona il giorno Venerdì 30/09/1994 per una riunione volta a raccogliere tutte le osservazioni e le adesioni definitive.

Tale riunione è prevista dalle ore 10,00 alle ore 17,00 e vi sarà comunicata la sede, con le modalità per raggiungerla nella prossima lettera che comprenderà il materiale della ricerca.

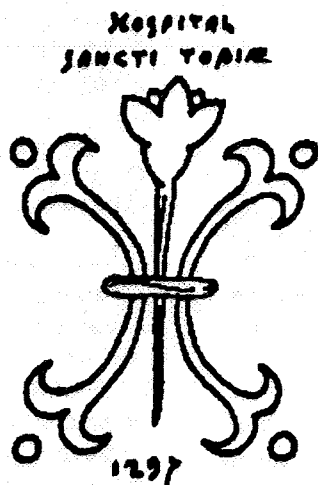
Ogni gruppo interessato dovrà inviare un referente che avrà diritto al rimborso delle spese di viaggio.

Se un gruppo interessato, fosse impossibilitato a partecipare alla riunione di Verona dovrà inviare entro il 28/09/1994 a Giorgio Tamburlini per fax la conferma di adesione ed eventuali osservazioni (fax: 040/3785210).

Il protocollo della ricerca definitivo sarà presentato a Firenze, durante il congresso ACP.

In attesa di rivederci a Verona, cordiali saluti.

Michele Gangemi



Sigillo medievale dell'Ospedale di Cesena

Gruppo di coordinamento per la formazione psicologica in Pediatria ambulatoriale (ACP Verona, ACP Toscana, APREF Padova, ACP Romagna, Peter Torino)

I SEGNALI DI ALLARME DI DISAGIO PSICHICO NEL BAMBINO. Percorsi di formazione per il PEDIATRA DI BASE

**CESENA
SABATO 19 NOVEMBRE 1994
SALA CONVEGNI OSPEDALE BUFALINI**

PROGRAMMA
Sabato 19 novembre 1994
Introduzione di G. Biasini

Sessione del mattino

Moderata M. Iaia

9,00 - Apertura dei lavori.

Presentazione della giornata.

M. Iaia

9,05 - Il pediatra ambulatoriale e i problemi psicorelazionali: risultati di un'indagine su un campione di pediatri italiani.

P. Brutti, F. Raimo

9,20 - L'attenzione del pediatra alla relazione genitori-bambino

P. Vessella, S. Innocenti

9,45 - Dalla pediatria alla psicoanalisi:

l'ascolto del bambino

G. Ferrara Mori

10,15 - Il bambino e la famiglia

A. M. Sorrentino

10,45 - Break

11,00 - L'attaccamento: riferimenti teorici.

F. Ciotti

11,30 - Discussione

12,00 - Gruppi di lavoro: discussione di un caso clinico con evidenziazione dei segnali di allarme.

13,00 - Colazione di lavoro.

SESSIONE DEL POMERIGGIO

Moderata L. Caielli

14,30 - Esperienze di formazione psicologica condotte da pediatri ambulatoriali:

- La formazione psicologica del pediatra ambulatoriale: sei esperienze a confronto.

P. Levi

- Pediatri e bambini osservati in un gruppo Balint: un modo per crescere insieme.

B. Ruffato

- Un'esperienza con metodo patobiografico di L. Chiozza: dall'anamnesi medica ad una storia narrata.

S. Orzalesi

- Madre e bambino nell'ambulatorio pediatrico: i primi due anni.

P. Morgando

- Indicatori dello stile relazionale genitori-bambino in età prescolare.

M. Iaia

15,20 - Tavola rotonda Metodologia di formazione psicologica in pediatria ambulatoriale.

F. Lambruschi, J. Galli,

A. M. Sorrentino, P. Vessella,

L. Caielli, M. Iaia.

16,30 - Fine dei lavori

Segreteria

F. LANZONI Tel. 0547/352225 -

M. IAIA Tel. 0547/352505



FORMAZIONE IN PEDIATRIA DI COMUNITÀ

VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA E ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI PER IL BAMBINO CON MALATTIA CRONICA

Consorzio Mario Negri Sud, Santa Maria Imbaro (Chieti)
20-22 ottobre 1994

Argomenti del corso: La definizione di malattia cronica e il bilancio di cronicità - Per un miglioramento dell'organizzazione dei servizi: principi di valutazione - L'assistenza alla cronicità pediatrica nella letteratura scientifica: l'esempio del diabete - Creazione e gestione di registri - Percorsi assistenziali e gestionali del bambino con malattia cronica: sanitari (la paralisi cerebrale e la Sindrome di Down) e legislativi - Gruppi di lavoro (Creazione di un registro; Definizione di un percorso organizzativo; Pianificazione di un intervento valutativo).

Il corso di formazione è organizzato dal Consorzio Mario Negri Sud di S. Maria Imbaro (Chieti) e dall'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano in collaborazione con l'Associazione Culturale Pediatri.

E' ammessa la partecipazione di 40 persone e verrà preferenziata l'ammissione di pediatri dipendenti dalla USSL impegnati in attività di prevenzione.

Segreteria scientifica: dr. F. Marchetti Tel. 0872/570263

CORSO NAZIONALE DI METODOLOGIA EPIDEMIOLOGICA PER PEDIATRI

Bergamo, 17-19 novembre 1994

Argomenti del corso: Elementi generali sulla conduzione di uno studio - Gli studi descrittivi - Gli studi di Coorte - Gli studi caso - controllo - I trials clinici - Esercitazioni e discussione finale di valutazione del corso

Informazioni: dr. Roberto Buzzetti - Tel. 035/385295; dr. Leo Venturelli - Tel. 035/342375; Inviare la scheda allegata a: dr. Buzzetti c/o USSL 29 - Via Galliccioli, 4 - 24121 - Bergamo

CORSO DI FORMAZIONE SULLA GENETICA DI COMUNITÀ

Milano, 24 - 26 novembre 1994

Argomenti del corso:

- Nuovi sviluppi della Genetica Medica
- Epidemiologia delle malattie congenite e dei disordini da causa genetica
- Problemi relativi al trattamento e alla prognosi
- L'anamnesi familiare genetica (l'albero genealogico)
- Screening per il rischio genetico preconcezionale, prenatale, postnatale
- La consulenza genetica
- La formazione degli operatori
- L'informazione della popolazione

segreteria scientifica: dr G.Masera - dr G.Baio
- Clinica Pediatrica - Ospedale Nuovo San Gerardo 20052
Monza

RICHIESTA DI AMMISSIONE AL CORSO

SANTA MARIA IMBARO BERGAMO MILANO

Cognome..... Nome

Data di nascita.....

Indirizzo:CAP.....Provincia.....

Tel.: abitazione.....lavoro:.....Fax.....

specializzato in pediatria/puericultura specializzando in pediatria

altra specialità

Posizione professionale:

Attività prevalente:

I programmi dettagliati dei corsi possono essere richiesti direttamente alle segreterie.

NATIMORTALITA', ABORTI SPONTANEI E IVG

NATIMORTALITA'

Nel numero precedente sono stati presentati i dati relativi ai nati vivi e alla natalità in Italia nel 1992. Vengono ora illustrati quelli relativi alla natimortalità, ricavati, anche in questo caso, dal Bollettino Mensile di Statistica n.8-9 del 1993. Nel nostro Paese viene definito nato morto il feto di età gestazionale superiore a 180 giorni (25,7 settimane) che alla nascita non respira né mostra altri segni di vita, quali battito cardiaco, pulsazione del cordone ombelicale o movimenti dei muscoli volontari. Il tasso di natimortalità si calcola dividendo il numero di nati morti per tutti i nati sia vivi che morti. A differenza dei nati morti, vengono definiti nati vivi i feti di qualunque età gestazionale (quindi anche inferiore a 180 giorni) che alla nascita mostrano segni di vita. Questo diverso criterio fa sì che i feti espulsi morti prima di 180 giorni di gravidanza vengano esclusi dalle statistiche perinatali, in quanto considerati aborti, e vengano invece inclusi se nati vivi.

Tab. 1 Nati morti e natimortalità in Italia nel 1992 per regione (popolazione presente).

	N.	x 1000	diff. media nazionale
Piemonte	174	5.31	
Valle D'Aosta	7	7.35	
Lombardia	297	3.90	*
Trentino A.A	25	2.56	*
Veneto	143	3.85	*
Friuli V.G.	34	3.70	
Liguria	57	4.94	
Emilia Romagna	136	4.83	
Toscana	95	3.69	*
Umbria	38	5.62	
Marche	39	3.23	*
Lazio	214	4.07	*
Abruzzo	57	4.78	
Molise	20	6.05	
Campania	489	6.07	#
Puglia	265	5.35	
Basilicata	26	4.20	
Calabria	157	6.31	#
Sicilia	393	6.01	#
Sardegna	112	6.89	#
Centro Nord	1259	4.16	*
Sud e Isole	1519	5.89	#
Italia	2778	4.95	

* significativamente ($P < 0.05$) più basso della media nazionale
 # significativamente ($P < 0.05$) più alto della media nazionale

Nella tab.1 sono presentati il numero di nati morti e la corrispondente natimortalità nel 1992 per regione. Il tasso medio nazionale è stato del 4,95 x 1000 nati. Il valore più basso è stato quello del Trentino Alto Adige (2,56 x 1000), quello più alto della Val d'Aosta (7,35 x 1000). Il tasso di questa regione è però caratterizzato da un ampio errore campionario, dato il ridotto numero di nati. Le differenze fra aree geografiche sono considerevoli. Il tasso del Centro-Nord è stato del 4,16 x 1000, mentre quello del Sud e Isole è stato del 5,89 x 1000; entrambi sono risultati significativamente diversi dalla media nazionale. Il rischio relativo del sud e Isole nei confronti del Centro-Nord è di 1,41, con intervallo di confidenza al 95% compreso tra 1,31 e 1,52. Sei regioni del Centro-Nord (Lombardia, Trentino Alto Adige, Veneto, Toscana, Marche e Lazio) hanno presentato un tasso significativamente più basso della media nazionale; quattro regioni del Sud e delle Isole (Campania, Calabria, Sicilia e Sardegna) hanno, invece, avuto un tasso significativamente più alto. Complessivamente, quindi, dieci regioni si sono collocate al di fuori dei limiti attesi di variabilità casuale del tasso medio nazionale, contro un numero atteso di 1 (5%). Questo significa che il tasso medio nazionale non è rappresentativo della realtà italiana nel suo complesso, la quale è caratterizzata da marcate disomogeneità, il cui aspetto caratteristico è dato dal gradiente Nord-Sud. E' possibile che a queste disomogeneità concorrano sia fattori sociali che medici in senso stretto (diversa qualità delle cure ostetriche). Sempre nel 1992 i nati vivi maschi sono stati 288.367 (51,4%) e le femmine 272.401 (48,6%). Il rapporto maschi/femmine è stato di 1,06, senza differenze fra regioni. La natimortalità è stata del 5,04 x 1000 nei maschi e del 4,86 x 1000 nelle femmine (rischio relativo = 1,04; intervallo di confidenza al 95%=0,96-1,12). Solo in Lombardia ed in Emilia Romagna la natimortalità nei maschi è risultata significativamente più elevata di quella delle femmine (cfr. tab.2).



Tab. 2 Natimortalità in Italia nel 1992 per sesso e regioni (popolazione presente).

	maschi x 1000	femmine x 1000
Piemonte	4.84	5.82
Valle D'Aosta	5.85	9.11
Lombardia	4.36	3.40
Trentino A.A	2.60	2.51
Veneto	3.67	4.04
Friuli V.G.	3.62	3.77
Liguria	5.02	4.86
Emilia Romagna	5.64	3.98
Toscana	3.96	3.40
Umbria	3.99	7.37
Marche	3.54	2.91
Lazio	4.28	3.86
Abruzzo	5.01	4.54
Molise	5.26	6.91
Campania	6.02	6.12
Puglia	5.14	5.58
Basilicata	4.08	4.32
Calabria	6.60	6.00
Sicilia	6.20	5.81
Sardegna	6.98	6.80
Centro Nord	4.31	4.00
Sud e Isole	5.91	5.87
Italia	5.04	4.86

ABORTI SPONTANEI E IVG

Nel Bollettino Mensile di Statistica n.6 e n.11 del 1993 sono stati pubblicati rispettivamente i dati relativi alle donne dimesse dagli istituti di cura per aborto spontaneo e quelli relativi alle interruzioni volontarie di gravidanza, per regione. Nella tab.3 sono presentati i dati per area geografica, unitamente al numero di nati vivi e di nati morti. La somma di nati vivi, nati morti, aborti e IVG dovrebbe all'incirca corrispondere al numero di gravidanze ultimate nel corso del 1992. Si tratta indubbiamente di una approssimazione, dovuta soprattutto ai seguenti motivi: a) nei nati vivi e nei nati morti le gravidanze gemellari sono contate due o più volte; b) gli aborti spontanei in epoche molto precoci di gravidanza possono essere non riconosciuti come tali e quindi passare inosservati; c) è possibile che vi sia un sotto accertamento di aborti spontanei e di IVG, legato al verificarsi degli eventi al di fuori delle strutture, pubbliche o private, del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel 1992 nell'Italia in toto il rapporto tra IVG e nati vivi è stato di 261,5 x 1000 (309,3 x 1000 nel centro-Nord e 205,4 x 1000 nel Sud e isole). Con questi dati non è possibile dire quanta della differenza Nord-Sud sia dovuta ad

un reale maggior ricorso all'IVG e quanta ad un possibile migliore accertamento del fenomeno nelle regioni settentrionali.

Nel caso degli aborti spontanei il rapporto di abortività (aborti/n. nati vivi x 1000) è stato di 116,5 x 1000 nel Centro-Nord, di 76,7 x 1000 nel Sud e Isole e di 98,2 x 1000 nell'intero Paese. Il tasso di abortività, che esprime il rischio di perdita del prodotto del concepimento prima di 180 giorni di gestazione, è molto difficilmente ricavabile dalle statistiche correnti. In un numero non trascurabile di gravidanze, infatti, la perdita dell'embrione avviene ancora prima che la gravidanza stessa venga diagnosticata. Vi può essere, inoltre, come è già stato detto, un sotto accertamento di aborti, più marcato nelle regioni meridionali. Bisognerebbe, infine, tenere anche conto del rischio teorico di aborto spontaneo, in epoche successive di gestazione, per le gravidanze interrotte volontariamente.

Studi prospettici hanno dimostrato che la frequenza di perdite fetali nel periodo che va dall'inizio dell'amenorrea a 28 settimane di gestazione è compresa tra il 14% e il 22%. (1)

Tab. 3 Numero di nati vivi, nati morti, aborti spontanei e interruzioni volontarie di gravidanza nel 1992 per area geografica.

	Vivi	Morti	Aborti	IVG	Totale
Nord Centro	302.826	1.259	35.266	93.258	433.009
Sud e isole	257.492	1.519	19.798	52.981	332.240
Italia	560.768	2.778	55.064	146.639	765.249

¹ Kline J., Stein Z., Susser M. Conception to birth. Epidemiology of prenatal development. New York. Oxford University Press, 1989.

La stampa e i minori

L'articolo

L'articolo

di Maria Grazia Sanna

Quali sono i limiti del diritto di informazione quando esista un conflitto con i diritti fondamentali di soggetti che, come i minori, meritano una tutela privilegiata?

Alcune norme del codice di procedura penale e, a livello internazionale, alcuni principi della Convenzione Onu del 1989, sanciscono la considerazione assolutamente primaria di cui devono essere oggetto gli interessi del minore, a cui tutti gli altri interessi devono essere sacrificati; parole che si ritrovano fra l'altro nel testo de "La Carta di Treviso", vero e proprio codice di autoregolamentazione stilato dai giornalisti italiani nel 1990.

Nonostante l'importanza e la delicatezza dell'argomento, sempre più spesso alcuni articoli che compaiono sulla stampa sembrano ignorare questi principi, le osservazioni sistematiche di Maria Grazia Sanna (pediatra di Sassari) su di un giornale sardo sembrano confermare questa "disattenzione" all'interesse del minore; il "fare notizia" e il "fare clamore" sembrano prevalere sul dovere di approfondimento serio dei problemi, delle condizioni e delle difficoltà dei giovani.

Crediamo che l'aver sollevato questo problema possa essere cosa di una qualche importanza e proponiamo ai gruppi e ai singoli colleghi interessati la creazione di un "gruppo virtuale nazionale di osservazione" sugli articoli dei giornali e soprattutto quelli che compaiono nella stampa locale, di cui la redazione di "Quaderni" potrebbe essere referente. Questo ci permetterebbe di capire l'entità del fenomeno e, forse, ci darebbe la possibilità di svolgere un'azione di controllo e di denuncia più incisiva.

Franco Dessi

Il problema dei minori coinvolti in fatti di cronaca ha assunto negli ultimi anni dimensioni preoccupanti, tanto da suscitare autorevoli dibattiti sulla necessità di stabilire delle regole al

riguardo.

Lo scopo di questo lavoro doveva essere quello di individuare un sistema obiettivo di valutazione dell'attenzione che la stampa dedica ai problemi dell'infanzia e dei giovani. In realtà, è difficile quantificare in modo oggettivo questo spazio, perché spesso le notizie che riguardano i minorenni sono inserite nel contesto assai vario dei problemi generali della nostra società. Possiamo portare quali esempi le cronache riguardanti veri o presunti effetti nocivi dei giochi elettronici, che in realtà riguardano aspetti molto più complessi delle semplici conseguenze sulla salute fisica dei bambini. D'altra parte, affrontando questi argomenti non si dovrebbe prescindere dall'aspetto relativo alla qualità degli articoli.

Possiamo tentare di vedere il problema da due punti di vista.

Da una parte vi sono il diritto e la necessità della stampa di informare, cioè di rendere noti fatti, opinioni, avvenimenti che riguardano la vita di tutti noi. Il "dovere di cronaca", tanto spesso invocato in difesa della libertà di stampa, è anche una "necessità di cronaca", poiché è dall'interesse verso il fatto particolare che può muovere un discorso più generale intorno ai fatti trattati, stimolando la curiosità del lettore per portarlo a interessarsi ai problemi. Ma se non vi è uno scopo, cioè se fine di questo interesse non è una migliore conoscenza, non serve fare una cronaca... tanto per farla. Il giornale, in questo caso, viene meno a una delle sue funzioni, forse la più importante, quella che giustifica la sua stessa esistenza. E' importante, perciò, chiedersi, di fronte a un articolo di qualsiasi genere, se le informazioni che esso contiene sono realmente utili o se invece sono altre le cose che sarebbe stato necessario sapere.

Il secondo aspetto della questione riguarda i minorenni.

I bambini non possono essere considerati i destinatari dell'informazione giornalistica. Le informazioni arrivano a essi filtrate dal lettore adulto e dai

commenti o dall'interesse che quest'ultimo può manifestare verso un determinato articolo.

Il rapporto tra bambini e stampa quotidiana è perciò un rapporto a senso unico: da una parte, la stampa prende qualcosa al mondo dell'infanzia mentre, dall'altra, il bimbo non ne riceve un corrispettivo che possa direttamente utilizzare.

In parole più semplici, e crude, i bambini possono essere utilizzati dal giornale ma non possono utilizzare le notizie che il giornale offre. Vi è una disparità tra chi dà e chi riceve che è fonte di ingiustizia nei confronti dei bambini e che non può essere compensata dallo spazio che essi trovano nella "stampa per l'infanzia", dal momento che la maggior parte di essa è utilizzabile a scopo di intrattenimento ma non di informazione vera e propria. Sono troppo pochi i giornali per bambini e per ragazzi che divertono e, nello stesso tempo, informano. E se qualcuno è portato a pensare che questo sia un problema marginale, questo qualcuno non si rende probabilmente conto di quale impatto emozionale abbiano sui bambini e sui ragazzini notizie come quelle che ci arrivano dalla Bosnia o quelle che riguardano le violenze subite da altri bambini: è estremamente necessario che i minori fruiscono di informazioni adeguate alla propria capacità di elaborazione.

Se a questi due aspetti ne aggiungiamo un terzo, riguardo alle implicazioni economiche che ruotano intorno al mondo dell'infanzia, il problema assume ancora di più un carattere di profonda ingiustizia verso i minorenni. Non è nelle intenzioni di questo lavoro soffermarsi più a lungo sul problema etico dei bambini utilizzati per vendere un prodotto, perché su ciò è stato detto già molto e in modo più incisivo e autorevole di quanto sarebbe in questa sede possibile. Il problema, però, è molto sentito, visto che ormai da parecchio tempo si segnala la necessità di individuare alcuni principi in base ai quali indicare delle norme che servano da guida per chi scrive

come per chi legge un articolo giornalistico che riguardi un minore.

Gli stessi giornalisti si sono dati un codice deontologico a riguardo, la cosiddetta "Carta di Treviso"; e ci auguriamo che al più presto si trovi il modo di dotarci di una legislazione che sia in grado di tutelare il minore di fronte all'aggressività dei sistemi di informazione, perché per questi problemi non ci si può appellare al senso etico e alla professionalità del singolo.

Si tratta di riconoscere ai bambini la possibilità di esistere come individui e non come esseri che hanno rilevanza solo come appendice di un adulto; anche nei confronti dei sistemi di informazione.

D'altra parte, il problema non è solo italiano: tutti i paesi del mondo cosiddetto civilizzato si trovano nella stessa situazione. E per quanto riguarda i bambini del Terzo mondo il problema è ancora più complesso, dal momento che essi sembrano realmente esistere solo quando si affacciano dalle pagine dei giornali come "testimonial" di guerre e massacri, più che per denunciare lo stato di abbandono e tragedia in cui vivono.

Partendo da queste considerazioni, abbiamo provato a stabilire le caratteristiche quantitative del problema e a fare una analisi qualitativa sulla situazione della nostra provincia.

Sono stati esaminati 81 numeri del giornale locale (Nord Sardegna): dal 1-1-93 al 1-5-93. La scelta del quotidiano è stata determinata dal fatto che il numero di articoli che la stampa locale dedica all'infanzia è normalmente superiore, anche in termini di spazio, a quelli che pubblicano giornali a diffusione nazionale. Abbiamo preso in considerazione soltanto articoli che riguardavano soggetti di età non superiore ai 17 anni. Il numero dei giornali esaminati costituisce il 22,4% della media annuale di copie stampate.

Nel periodo in esame abbiamo rilevato 191 articoli che facevano riferimento a minorenni: più di due articoli al giorno.

In realtà, il 16% delle volte il bambino era solo un pretesto per un titolo mentre nel contesto dell'articolo gli si dedicavano solo poche righe e per il resto si parlava d'altro. Per esempio,

citiamo un articolo relativo a due gemelline siamesi sottoposte a intervento chirurgico per tentarne la separazione; ma l'articolo, in verità, era un lungo excursus sulla carriera del famoso medico che le aveva operate, con una minuziosa descrizione dell'intervento.

Ancora, in incidenti automobilistici che coinvolgevano più persone si faceva riferimento nel titolo soltanto al "bambino ferito", per lo più "gravemente"; e così di seguito.

In ogni articolo preso in esame abbiamo considerato il numero delle righe per colonna nel contesto della pagina, escludendo lo spazio per il titolo ed eventuali fotografie, perché ci interessava lo spazio reale che veniva concesso al problema prescindendo dalla rilevanza con la quale veniva annunciato.

Abbiamo tenuto come riferimento una pagina di giornale formato tabloid (6 colonne) con un numero complessivo di 750 righe per pagina, con un titolo e con una fotografia formato 20x2.

Se consideriamo che il giornale è composto, in media, da 56 pagine, compresa la pubblicità, se ne deduce che, nel periodo, il quotidiano locale ha dedicato oltre 23 pagine ad articoli riguardanti i minori. In realtà, lo spazio è molto superiore se si tiene conto della grafica, dal momento che la nostra pagina contiene molte più righe di una pagina di un quotidiano formato tabloid.

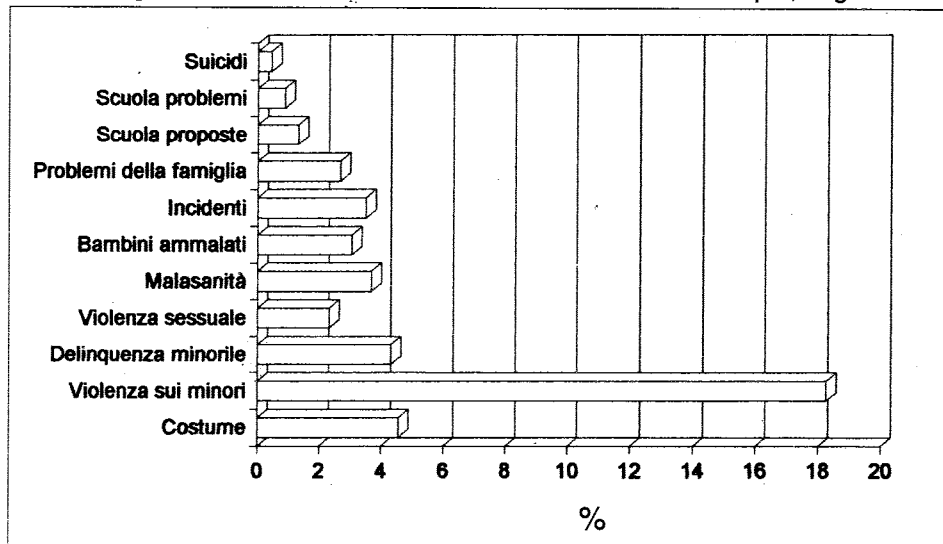
Gli articoli sono stati classificati a seconda dell'argomento come esposto nella figura 1.

Il gruppo definito come "articoli di costume" è piuttosto eterogeneo, dal momento che contiene pezzi riguardanti i più disparati argomenti. L'omogeneità del gruppo deriva dal fatto che essi vengono trattati solo come epifenomeni del "mondo giovanile" e come tali trovano giustificazione, e rimozione.

Per quanto riguarda il mondo della scuola, sono stati considerati separatamente gli articoli che rendevano note situazioni o iniziative positive, dalle proteste o denunce che riguardavano i disservizi delle organizzazioni scolastiche nell'Isola. Gli studenti raramente comparivano come interlocutori diretti del cronista; quasi costantemente la loro presenza era mediata dagli insegnanti e dai genitori e si parlava genericamente di "Scuola".

Il gruppo relativo ai problemi della sanità è stato anch'esso suddiviso, raggruppando da una parte i casi di malasanità che coinvolgevano minorenni e, dall'altra, i casi riguardanti le malattie dell'infanzia o i bambini affetti da malattie particolari. In quest'ultimo caso, si trattava prevalentemente di iniziative per la raccolta di fondi da destinare a costose cure fuori dall'Isola.

La violenza sessuale è stata distinta dagli altri tipi di violenza per il suo carattere peculiare. Abbiamo constatato, con rammarico che tranne in qualche raro caso, i giovani oggetto delle violenze erano facilmente identificabili a causa della pubblicazione di dati anagrafici o di altri particolari di riferimento. Per esempio, la generalità



del padre quando si trattava di violenze in famiglia. In realtà, ai fini di una corretta informazione e di una reale conoscenza dei problemi, questi dati non erano assolutamente necessari; forse, potevano soddisfare morbosa curiosità dei lettori e, quindi, inseguire fini esclusivamente commerciali.

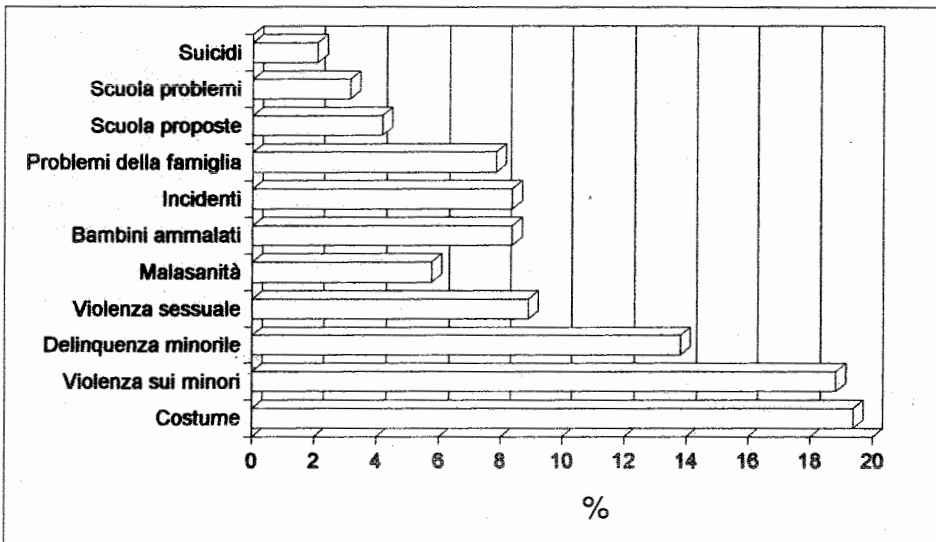
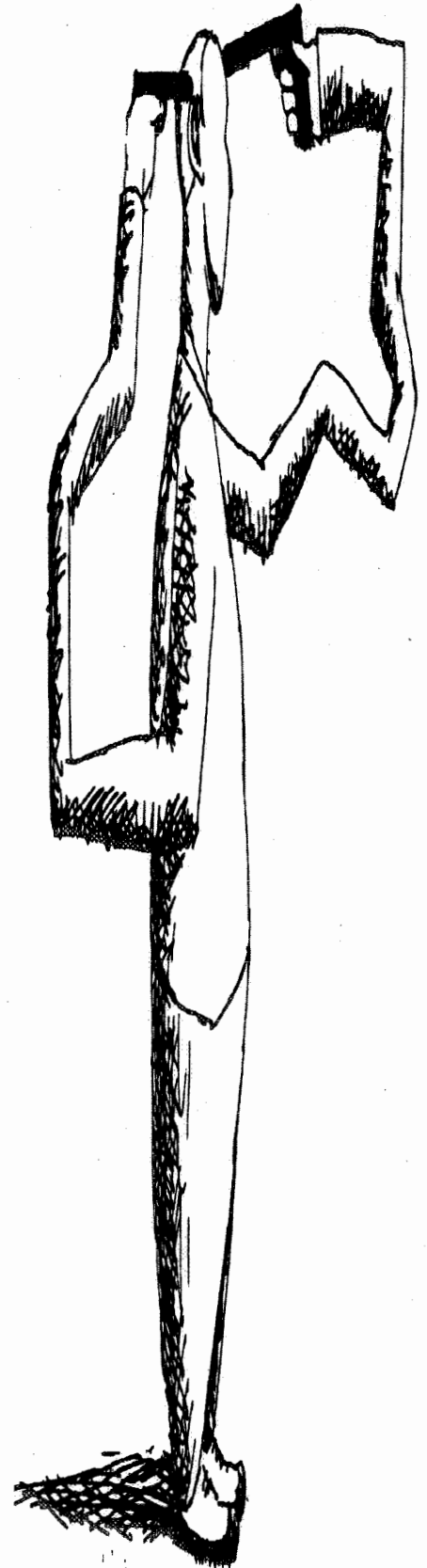
Nella figura 1 possiamo, dunque, vedere come sono distribuiti i vari argomenti per quanto riguarda lo spazio in percentuale sul totale del giornale. Si può notare che gli articoli riguardanti episodi di violenza hanno uno spazio nettamente superiore a quelli riguardanti qualsiasi altro argomento. Questo dato sembrerebbe confermare il fatto che la violenza sui minori sia un fenomeno importante anche nella nostra realtà, coinvolgendo un numero sempre crescente di giovani e bambini. Quando però si rapporta il numero di articoli dedicati a ciascun gruppo di argomenti con il numero totale di articoli dedicati ai minorenni, si vede come queste differenze non esistano più, venendo al primo posto gli articoli così detti di "costume". Il numero di articoli per ciascun gruppo di argomenti è abbastanza omogeneo (fig. 2).

Le occasioni per parlare di violenza non sono necessariamente più frequenti di quelle che riguardano altri argomenti (la famiglia, la scuola, ...) ma solo nei casi di violenza i cronisti danno fondo a tutte le loro capacità ...letterarie e il giornale dedica tutto lo spazio necessario. E anche di più.

Sarebbe utile che un tale sforzo umano ed editoriale fosse finalizzato a una informazione più qualificata che non il semplice racconto cronachistico condito da sovrabbondanza di luoghi comuni, come spesso purtroppo succede.

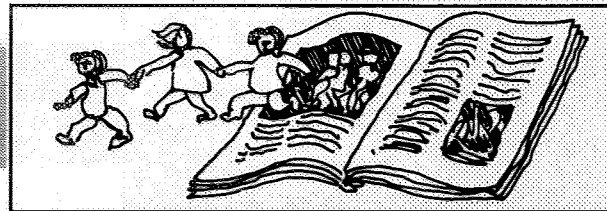
Crediamo sia un diritto dei bambini ma anche dei lettori in generale chiedere una maggiore professionalità da parte dei cronisti che trattano questi argomenti, professionalità, magari, accompagnata a una conoscenza non superficiale del mondo infantile. Probabilmente ci si renderebbe conto che buona parte di quello che viene scritto è del tutto inutile ai fini di una corretta informazione.

Infine un appello ai giornalisti in particolare: nel nostro vocabolario esistono dei riferimenti ben precisi per quanto riguarda il significato di termini quale neonato, giovane, ragazzo, bambino. A un anno di vita non si è



Ci sembra che le considerazioni che si possono trarre da questa piccola analisi portino alla considerazione che, riguardo al complesso e multiforme mondo dell'infanzia e della giovinezza, solo alcuni problemi vengono trattati dai giornali con una certa rilevanza e si tratta di solito di argomenti relativi a violenze sui bambini.

più neonati e, se non si parla di giovani di 34-37 anni, non è corretto chiamare ragazzi le persone di 20 anni. Troppo spesso si fa confusione (consapevolmente o meno) su questi termini, contribuendo a non favorire quel processo di chiarezza che dovrebbe essere alla base della comunicazione fra chi scrive e chi legge.



GIORNATE DI EPIDEMIOLOGIA PEDIATRICA DI VARENNA

Riunione scientifica di Epidemiologia Pediatrica della
Società Italiana di Pediatria

27-29 OTTOBRE 1994

PROGRAMMA

Giovedì ore 17 Assemblea del Gruppo di Lavoro

Venerdì mattina

8.45 - 9.00 Il bambino a rischio sociale: elementi di prevenzione e assistenza (*G. Cirillo*)

9.00 - 9.15 Osservazioni sui bisogni socio-sanitari emergenti nei bambini e nelle famiglie di rifugiati della ex-Jugoslavia (*M.C. Barbazza*)

9.15 - 9.30 I percorsi sanitari dei pazienti zingari (*T. Cottatellucci*)

9.30 - 10.00 Discussione

Il periodo perinatale 1:

moderatore *U. de Vonderweid*

10.00 - 10.25 Diseguaglianza sociale e geografica nella diagnosi prenatale in Italia (*R. Lanni*)

10.25 - 10.50 Condizione socio economica, accesso alle cure in gravidanza e patologie perinatale: trend nelle gravide trentine dal '79 al '91 (*P. Facchin*)

10.50 - 11.15 Registro Italiano delle diagnosi embriofetali (*C. Bombelli*)

Il periodo perinatale 2:

moderatore *L. Gagliardi*

11.45 - 12.10 Analisi di validità della certificazione clinica di natimortalità (*A. Pugliese*)

12.10 - 12.35 Stima della prevalenza e qualità della diagnosi delle cardiopatie congenite severe in età neonatale (*P. D'Argenio*)

12.35 - 13.00 Il progetto EURONIC: una ricerca collaborativa europea sugli aspetti etici delle cure intensive neonatali (*M. Cuttini*)

Venerdì pomeriggio

Gruppi di studio sulla diseguaglianza.

Moderatori: *G. Costa, F. Faggiano*

Sabato mattina

8.30 - 9.15 Lettura magistrale: *A. Pisacane*

"Le malattie dei bambini dall'Unità d'Italia ad oggi"

Confronto sulla sanità pubblica in Italia:

moderatore *G. Biasini*

9.15 - 9.30 Pediatria di Comunità: - *L. Contarini*

9.30 - 9.45 Pediatria di base: - *S. Fedele*

9.45 - 10.00 Medicina perinatale: - *U. de Vonderweid*

10.15 - 10.30 Pediatria ospedaliera: - *G. Bonora*

10.45 - 11.30 Discussione

L'età pediatrica:

moderatore: *D. Gobber*

12.00 - 12.25 Confronto tra i clinical trial in corso sui vaccini antipertosse (*M. Ciofi degli Atti*)

12.25 - 12.50 Effetto dell'attitudine dei genitori nei confronti della televisione sull'uso di TV da parte dei loro figli (*M.C. Valerio*)

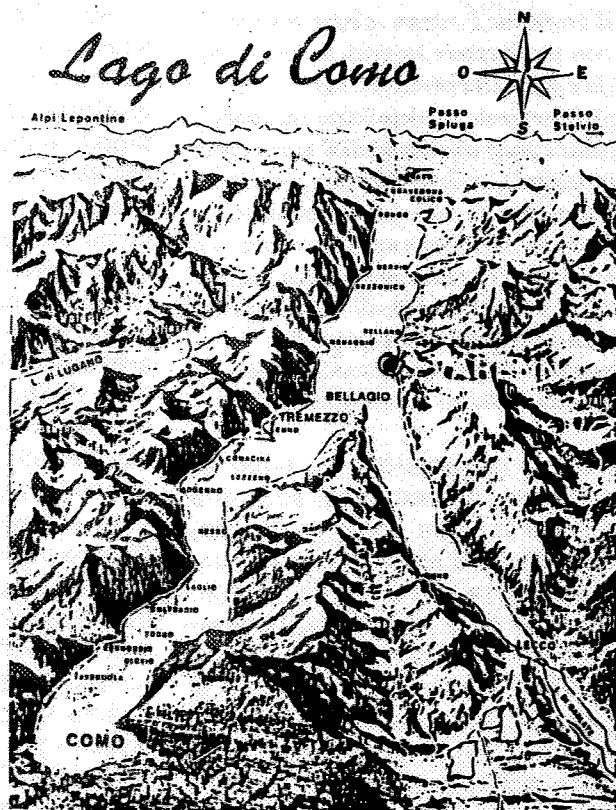
12.50 - 13.15 Lo stato del ferro in Italia tra il primo e il secondo anno di vita in relazione all'alimentazione (*A. Pisacane*)

Segreteria organizzativa:

presso il Dipartimenti di Pediatria dell'Ospedale di Lecco

- Tel. 0341/489246

(*Clelia Viganò e Rosy Bonasio*).





BREVE STORIA DELL'ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI

di Franco Panizon

Dopo l'articolo di Giancarlo Biasini, sul numero precedente di Quaderni, è Franco Panizon a raccontarci la sua "storia dell'ACP"; una storia già pubblicata sulla Rivista Italiana di Pediatria, nell'ambito di un articolo dal titolo infelice: "Trieste" (Riv Ital Pediatr 1993, suppl al N.2: 22-29). L'articolo parlava - tra cronaca e storia - della pediatria italiana dalla fine della guerra, di tutto tranne che di Trieste, appunto, con una sola autocensura, ma dichiarata, fin dalle prime battute: «Non parlerò, o quasi, della mia generazione, perché lì non avrei lo schermo del ricordo impreciso, né quello del rispetto che deve correggere l'irriverenza; e dovrei essere o ipocrita o crudele; e non ho la forza per essere né l'uno, né l'altro». Il quasi era riferito proprio alla storia dell'ACP, ma se il professor Panizon volesse ripensarci, se non vorrà essere ipocrita (cosa che si addice poco alla persona), ma sufficientemente crudele (cosa che, pure, si addice poco alla bontà dell'uomo che conosciamo), se il professore... riuscisse a fare questa piccola violenza su di sé, "Quaderni ACP" ospiterebbe volentieri il completamente naturale di quelle pagine. Intanto, per i nostri lettori, riproduciamo una parte di quell'articolo, quella appunto che riguarda l'Associazione Culturale Pediatri. Buona lettura (S.F.)

Della mia generazione ho poco da raccontare. Racconterei solo una cosa, che mi pare (forse mi sbaglio) che abbia fatto storia e che comunque, è parte della storia (siamo nell'ambito della microstoria, beninteso) quella dell'ACP, l'Associazione Culturale Pediatri. L'ACP di allora, di 20 anni fa (siamo appunto agli inizi degli anni '70) era una cosa molto diversa dall'ACP di adesso. L'ACP è nata da una rivista, "Prospettive in

Pediatria": una buona rivista oggi, una straordinaria rivista allora, voluta, creata, mantenuta in vita da Fabio Sereni. Una rivista fatta per essere letta in mezzo ad un mucchio di riviste cosiddette "di scuola" (riviste, diciamo bene, fatte perché ogni scuola avesse un posto dove i suoi componenti potessero scrivere; riviste mantenute in vita dall'abbonamento obbligatorio degli specializzandi, allora centinaia): il Lattante, Acta Pediatrica Latina, Rivista di Clinica pediatrica, La Clinica Pediatrica, Minerva Pediatrica e certamente altre che non riesco ora a tirar fuori dalla memoria). Era una rivista dove si dibattevano le nuove idee: figuratevi, idee scandalose come quella che i genitori potessero stare in Ospedale vicino ai bambini, o come quella che la sperimentazione scientifica non potesse essere fatta se non col consenso informato e per qualcosa che comprendesse il vantaggio anche del bambino soggetto alla sperimentazione, o di come fosse il rapporto tra il bambino e la città, o di come dovesse essere quello con le case farmaceutiche, e così via. Una rivista con contributi stranieri (c'erano anche tra di noi i "retour d'Amerique", anzi costituivano la punta di diamante della Rivista), inserita in un mondo di letteratura domestica allora più squalida dell'attuale. Da quella Rivista (i Direttori erano Fabio Sereni, Calogero Vullo e Franco Panizon, e il comitato di redazione, rinnovato "per legge interna" ogni tre anni, era davvero il fior fiore della pediatria dell'età di mezzo; voglio dire che erano giovanotti sui quarant'anni di età) è nata questa Associazione Culturale, che voleva tutto quello che da sempre i giovanotti di quarant'anni vogliono: il rinnovamento. Il rinnovamento cultu-

rale, il rinnovamento di stile, il rinnovamento accademico, il rinnovamento della SIP, il rinnovamento generazionale. Eh già, molti di quei generosi giovanotti quarantenni volevano, in fondo in fondo, proprio il rinnovamento generazionale, che portasse loro al posto dei vecchi. Questo in realtà è accaduto, non forse per tutti, ma certamente per molti di quel gruppo; e via via che accadeva, spegneva in loro, un poco, gli entusiasmi, i bisogni di rinnovamento, la ricerca del nuovo stile.

Ma sarebbe ingeneroso (anche verso di me, che sono stato nell'ACP da allora ad oggi, e, probabilmente, fino a quando sarò rinscemitto del tutto) dire e far credere che fosse tutto yuppismo. La voglia gratuita di rinnovare era sicuramente presente. E alcuni "grandi vecchi" che erano tra noi (allora ci sembravano vecchi, in realtà erano solo di pochi anni più avanti), di cui il più grande di tutti era Gennaro Sansone, persona che non aveva niente da guadagnare dallo stare con noi, testimoniavano di questo con la loro presenza.

La "grande avventura" dell'ACP è stata quella di rinnovare la SIP: di diventarne parte dirigente, di far nascere un'altra Rivista, che sarebbe stata la Rivista Ufficiale della Società Italiana di Pediatria, di cambiare la struttura del Congresso, di modificare lo Statuto. Tutto questo c'è riuscito in un'annata storica, il 1972, in cui abbiamo portato alla carica di Presidente un Direttore che ci era (e ci è sempre stato) un po' vicino, Burgio, e una sfilza di Consiglieri (Cao, Concolino, Panizon, Sereni, Nicola, Biasini e gli altri non li ricordo più). Poi, giusto contrappasso, siamo stati rovesciati, il gruppo dei giovani leoni si è progres-



sivamente disgregato, in parte si è disperso, in parte è refluito, si è omogeneizzato al nuovo potere, che è diventato quello che io chiamo l'establishment.

Questo schieramento un po' ideologico e un po' no, queste aggregazioni trasversali che hanno un po' diviso la pediatria italiana negli anni settanta e ottanta, hanno sostituito, in parte, senza abolirla del tutto, la strutturazione in scuole degli anni quaranta, cinquanta e sessanta.

Su questa griglia i più giovani che non hanno vissuto quei tempi possono interpretare alleanze, simpatie, consonanze che caratterizzano ancora la pediatria accademica di oggi.

L'ACP che conoscete oggi è abbastanza diversa dalla ACP di allora.

Ha ancora l'età dei giovanotti di allora, ha sempre quarant'anni: è fatta di giovanotti, usciti pieni di cultura e di voglia di fare dalle scuole di specialità e dalle Cliniche dove si sono formati e dove non c'è più posto per loro.

Ha dunque perso la connotazione accademica, conservandò, finché sarà capace, la voglia di rinnovarsi. Non avendo aspirazioni accademiche, né di carriera, i giovanotti dell'ACP di oggi restano il vento di primavera che, speriamo, tra dieci anni, altri giovanotti, quando questi di oggi si saranno un po' spenti, continueranno a far spirare.

Caro Biasini, ho avuto il primo numero di "Quaderni ACP". Molti, moltissimi complimenti. Vi è una mix che mi sembra ottimale tra notizie societarie, informazione politica e aggiornamento medico. Ancora rallegramenti.

Fabio Sereni

Caro Giancarlo Biasini, ti faccio i più sentiti complimenti per il primo numero di "Quaderni ACP". Mi sembra una rivista che possa giustamente mirare a costituire, con "Prospettive" e "Medico e Bambino", un terzetto perfetto nell'ambito dell'aggiornamento e della formazione dei pediatri italiani.

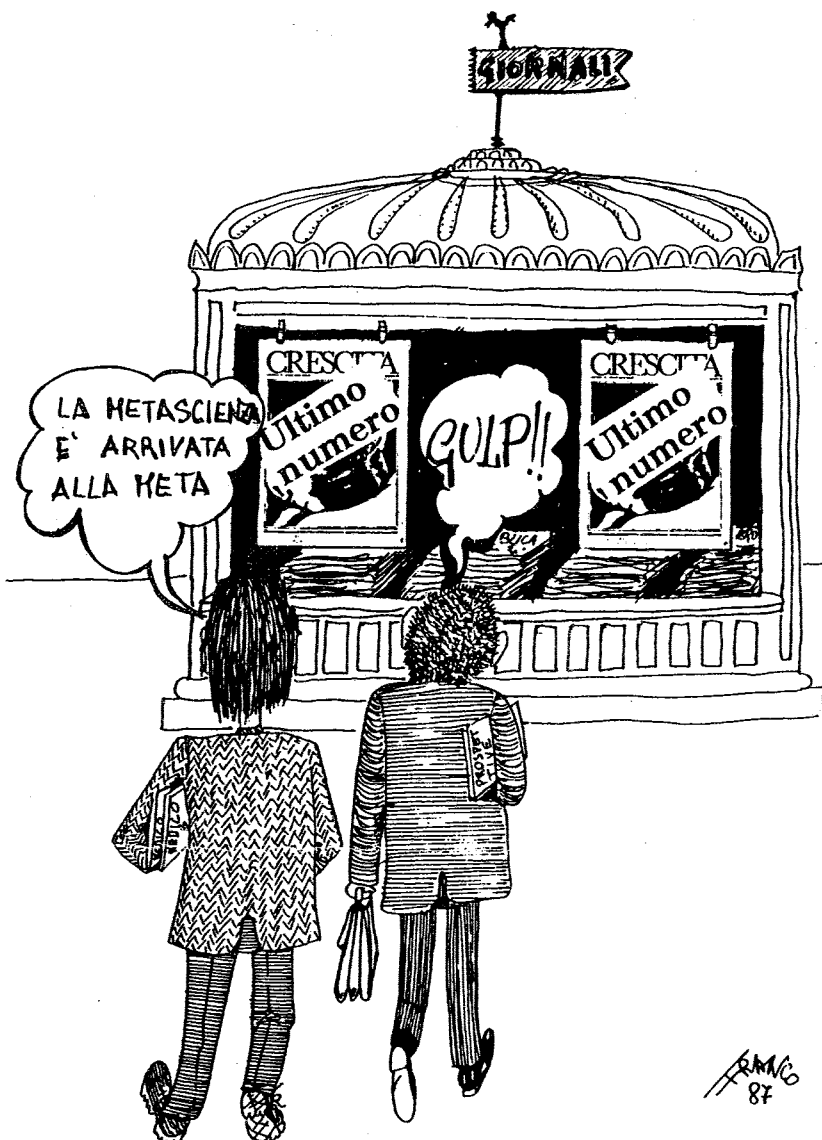
Proprio il contrario di quel che fu "Crescita", arrogante e illeggibile e perciò lontana da tutti (i pediatri e gli altri metacolti), della quale saggiamente rievocò la breve vicenda ("Dieci anni di Pediatria vissuti sul campo, G. Biasini; Quaderni Acp, n.1 - n.d.r.). A tal proposito, mentre ti leggevo, mi è venuta in mente una mia vignetta dell'epoca, in memoriam di "Crescita": i due editors di "M. & B." e di "Prospettive" ne commentano l'exitus. Ti mando la copia che ho conservato a commento del tuo bell'articolo di storia ACP. Senza offesa per nessuno... forse aiuterà a riflettere chi, ancora oggi, dimentica il vecchio adagio "il troppo stroppia"!

Franco Cordelli

Il professor Cordelli è stato, ed è, un attento osservatore degli avvenimenti della Pediatria italiana. Forse un po' distaccato ma certo attentissimo. Per molti pediatri (di certo per la maggioranza e anche per pediatri molto "aperti") "Crescita" è stata una rivista con un grado molto basso di leggibilità e con un grado molto alto di supponenza. Ma non si può negare, a mio parere, che muovesse da una intenzione, che ancora oggi mi pare condivisibile, di attirare l'attenzione dei pediatri su problemi importanti e trascurati dalla Pediatria ufficiale. Che non vi sia riuscita è un dato di fatto e segna il suo fallimento; non smentisce però la necessità da cui era nata.

Come sempre, la vignetta di Franco Cordelli, con i due riconoscibilissimi direttori di "Prospettive" e di "Medico e Bambino", che ricordiamo molto critici con la rivista, esprime una realtà vera.

G. B.



FRANCO
87

INTERVISTA A UN NEONATO

Dormivo quieto in un utero pieno di silenziosa e calda penombra.

Della gente vestita di bianco mi mise nudo, in una stanza fredda. Mi hanno gettato del liquido negli occhi. Già facevo fatica ad iniziare a respirare e per giunta loro mi hanno messo una fredda maschera sul volto e mi hanno gettato in gola dei colpi di freddo vento; e, ancora prima di questo, mi hanno infilato in bocca un'asta di metallo rumoroso che mi succhiava le viscere fino a farmi vomitare. C'era una grande confusione in quella stanza: voci e rumori di beep, e c'erano risate e una radio che emetteva musica.

Sono rimasto lì per un po'. Poi mi hanno chiuso in una gabbia di vetro che faceva uno strano ronzio. Non avevo fame, ma mi hanno fatto mangiare lo stesso infilandomi un tubo attraverso il naso giù giù fino allo stomaco e mi hanno sparato dentro della roba. Ho avuto un po' di nausea.

Avevo sonno e forse mal di testa, ma non potevo dormire perché ogni volta che mi assopivo qualcuno nella sua lingua chiedeva "è in coma?". Mi dovevo ricordare di respirare regolarmente e di non fare, per carità, delle pause. Se le facevo venivo scosso, tirato per le braccia e risvegliato. Il risveglio era preceduto, in caso di una pausa nel respirare, da un fischio violento e da un lampeggiare di luci. Se questo accadeva, loro mi aprivano gli occhi con forza



per vedere se ero morto o se dormivo. Se poi, per fare vedere che ero vivo, muovevo con forza le gambe o le braccia era anche peggio: urlavano "ha delle scosse" e rischiavo di beccarmi delle iniezioni.

Una nurse veniva ogni tanto: mi infilava degli aghi nel braccio e mi tagliava i piedi per prendere del mio sangue. Il primo terribile giorno ciò accadeva ogni ora, poi ogni due, poi ogni quattro. I miei piedi erano strizzati e tirati mentre io ero forzatamente immobilizzato. Avevo il petto coperto di medaglie attaccate con la colla e se mi muovevo troppo potevo anche strapparmi la pelle.

Dita durissime cercavano ogni tanto di capire se avevo il fegato, i reni e la vescica.

Dopo alcuni giorni di queste attenzioni io ebbi bisogno di intensa assistenza per potere continuare ad avere la forza di respirare.

(Liberamente elaborato da "Pediatrics 59, 1064, 1977) G.B.

Voci di genitori

Nicò

di Luigi Monari

*Questa pagina è tratta da un libro delle edizioni Sonda: Nicò.
Storia di un bambino leucemico di Luigi Monari.*

Nicola è un piccolo ribelle, della categoria dei pestiferi, secondo la classificazione della Prof.. Ha già imparato a distruggere i termometri, a rovesciare i medicinali, a sabotare le prove della "pesione" e a rifiutare il contatto con lo stetoscopio perché "feddo".

Per lasciarsi visitare mi costringe a stare steso sotto di lui e a tenerlo sulla pancia. Per quel che riguarda le medicine, ogni volta è una prova di forza, solo per il "Battim" ha una predilezione e Egle non ha difficoltà a somministrarglielo.

Ormai Nicola dorme nel suo lettino, vuole però che gli tenga la mano, e quando addormentandomi mi stacco da lui, subito mi richiama: "Manina".

Nicola è abbastanza sereno, se non quando deve assumere le medicine. Non sa più camminare e ha dovuto reimparare a farlo: la sua muscolatura si è infiacchita durante i ventun giorni di ricovero. Se però vede la cicatrice sul piedino, viene colto da crisi di pianto.

Nicola sta riscoprendo il mondo. In questi giorni, vedendomi dipingere, vuole usare anche lui gli acquarelli e realizza numerosi capolavori dai soggetti più disparati: balene, delfini, rocce, bottiglie, orologi, fiori e naturalmente Tommy. Quando è stanco di dipingere, si dedica alle canzoncine per bambini che ascolta in continuazione. Dopo mesi di ospedale, di clausura e di sofferenza stiamo riscoprendo con Nicola la natura e un po' di felicità.

Gli effetti del cobalto hanno cominciato a farsi sentire. L'abituale vivacità di Nicola ha lasciato il posto al torpore che si è protratto a lungo: Nicola non sopporta i rumori e i suoni acuti e mangia pochissimo.

Un pomeriggio, mentre Egle giocava con lui, ha perso tutti i capelli, che senza vita, si sono staccati a manciate. E' rimasto completamente calvo, ma non si è impressionato molto, anzi ha voluto specchiarsi più volte. Egle gli ha spiegato che la fatina dei capelli presto li avrebbe fatti ricrescere.

La calvizie è un segnale della malattia e ai miei occhi fa apparire Nicola ancora più fragile e bisognoso di protezione, ma anche buffo e tenero;

non so resistere e gli bacio e gli accarezzo la testa in continuazione.

Nicola se n'è andato in una luminosissima mattina d'agosto. Per giorni Tommy si è guardato intorno, perplesso e silenzioso, alla ricerca del fratello. Io ho sempre in mente il rumore della sua corsetta notturna, quando, con i piedini scalzi che velocemente battevano sul pavimento, si buttava sul nostro letto. "Nenein co pai". Mi è rimasta una gran voglia di accarezzare le teste dei bambini senza capelli. La voglia di portarli a casa, di curarli e di proteggerli.

PALERMO: una capitale, una città, una periferia

un'esperienza di intervento sociosanitario sul territorio

di Donatella Natoli

La legge 833/78 che prevedeva distretti sanitari ogni 15.000 abitanti, l'OMS che lanciava nello stesso anno l'idea di servizi territoriali di base flessibili, organizzati sulla conoscenza dei bisogni, come sfida, in tutto il mondo, per il 2000; ci avevano fatto sognare che essendo maturato un concetto di salute inteso come benessere globale (fisico, psichico, sociale), la presenza di servizi sociosanitari di base avrebbe avuto un ruolo importante nella trasformazione della società nel suo cammino verso la consapevolezza dei diritti, la non delega, la valorizzazione dei più deboli.

Questo non è avvenuto quasi in nessun luogo, perché la gestione della salute intesa nel suo senso più ampio continua a essere un compromesso tra i bisogni della gente e gli interessi del potere, quasi sempre divergenti. I medici che si considerano i soli tecnici della salute hanno in questo dibattito una funzione marginale. Concentrati negli ospedali e nelle Università, ben di rado essi prendono parte in maniera rilevante all'elaborazione dei piani e degli interventi riguardanti la salute pubblica. Questo non è un male in sé - la salute è un problema medico solo in piccola parte - esistono tuttavia dei risvolti abbastanza gravi. La separazione tra la formazione del medico (e del personale sanitario in genere) e i problemi reali della salute, espressi dai bisogni della gente, ha come conseguenza la formazione di un tipo di operatore sanitario sempre più inadatto a intervenire utilmente sul territorio. Così, di medicina sociale, con funzioni integrate con altre strutture presenti sul territorio se ne parla pochissimo, essa appare alternativamente come un'idea superata oppure come un'idea geniale ma irrealizzabile (1,2,3,4).

L'esperienza di cui sono portavoce è stata costruita da un gruppo di operatori sanitari abbastanza anomali perché hanno creduto fortemente alla possibilità che un servizio territoriale sociosanitario possa incidere sulla

qualità di vita di tutti a patto che ci sia una vera partecipazione che deriva da interventi pensati e organizzati nella direzione del coinvolgimento.

Il territorio è un quartiere del centro storico di Palermo: l'Albergheria. La conoscenza del territorio, che è sempre preliminare a qualsiasi intervento, è stata realizzata mediante un'indagine durata quasi un anno che ha usufruito, per la realizzazione, della presenza, già radicata nel territorio, di un'associazione di volontariato: il Centro Sociale "San Francesco Saverio".

Gli operatori del distretto hanno condotto personalmente l'indagine, avendo modo, nelle visite alle famiglie e in conversazioni ripetute, di conoscere le situazioni familiari ma anche di preparare con la gente gli interventi possibili.

Il metodo che è stato adottato cerca di contemperare due esigenze (ambidue forti):

- 1) la necessità di "accoglienza" all'interno di uno spazio definito che acquista via via un'identità precisa;
- 2) l'opportunità di progettare all'esterno delle mura, con gruppi specifici, interventi che hanno un andamento evolutivo.

La funzione di accoglienza intanto si esprime permettendo l'accesso al servizio in qualunque ora del giorno e prendendo comunque in carico il bisogno espresso. La decodificazione e la comprensione del bisogno diventano possibili perché la presa in carico avviene anche attraverso informazioni che riguardano tutto il nucleo familiare, la situazione abitativa, lavorativa, la scolarità.

L'identità del servizio acquista contorni precisi nel tempo, la possibilità di dare risposte a bisogni sanitari è una chiave di entrata che permette un rapporto con tutti, dagli anziani alle giovani mamme con bambini piccoli, dalle ragazzine con problemi agli adulti maschi etilisti o altro, ai ragazzi

in condizioni di disagio per i motivi più vari.

Alcuni interventi specifici di prevenzione che hanno riflessi importanti sulla vita, immediata e futura, possono essere organizzati dentro le mura:

- prevenzione dell'infezione streptococcica;
- prevenzione dell'infezione delle vie urinarie;
- controllo dell'ipertensione arteriosa;
- educazione alimentare;
- incentivazione all'allattamento materno, soprattutto per le gestanti ma anche come acquisizione culturale di base.

Un esempio di intervento particolarmente coinvolgente, con tante valenze interessanti, è stato quello di educazione alimentare svolto con due metodologie diverse, con gruppi diversi. Fra l'altro, è stato possibile raggiungere obiettivi intermedi impreveduti, oltre all'obiettivo finale che era quello di modificare alcune abitudini alimentari.

Il primo intervento ha coinvolto circa 50 anziani che hanno consumato il pranzo assieme per tre settimane: sono stati talmente bene insieme che in quel periodo sono diminuite le richieste di interventi sanitari. Questo è stato il primo intervento di socializzazione importante all'interno del quartiere.; successivamente è stato possibile organizzare con loro un centro diurno. Coloro che allestivano i pranzi - ragazzi del quartiere gestori di una trattoria - hanno frequentato un piccolo corso di igiene dell'alimentazione. Un gruppo di ragazzi "scippatori" è stato invitato a pranzo insieme con gli anziani, affinché la crescita di un rapporto diretto rendesse più difficile la possibilità di arrecare un danno agli anziani da parte dei ragazzi.

Il secondo intervento è stato condotto all'interno di alcune scuole. I pochi concetti che si volevano far passare per una corretta alimentazione sono stati drammatizzati in un racconto

molto coinvolgente che si è svolto per settimane. Agli insegnanti, con i quali in incontri preliminare era stato concordato l'intervento, sono stati consegnati dei giochi-questionari che essi hanno sviluppato con grande fantasia durante l'orario scolastico.

L'intervento si è concluso con una drammatizzazione e una festa finale.

Gli obiettivi intermedi raggiunti sono stati due:

a) verificare un metodo di apprendimento alternativo che è risultato molto efficace, qualora i concetti possano essere ridotti numericamente;

b) diminuire le assenze scolastiche, risvegliando l'interesse dei ragazzi, in un quartiere con dispersione scolasti-

ca molto elevata.

Dall'analisi dei risultati dell'indagine sociale preliminare, inoltre, erano emerse alcune situazioni di disagio strutturale relativo alla precarietà delle abitazioni, alla disoccupazione e alla dispersione scolastica strettamente correlata allo svantaggio giovanile.

"La casa" è stato ed è un argomento privilegiato tra quelli che causano mancanze di salute, per aspetti diversi e tutti importanti; il rischio del crollo per diversi edifici non è un'evenienza remota; molti di essi sono umidi e non idonei per spazi e situazione igienica all'abitazione di una famiglia.

La mancanza di salute, in questi casi,

è riferita alla salute fisica e psichica.

Organizzare la lotta per la casa, con gli abitanti e con tutte le strutture territoriali presenti, soprattutto con il Centro sociale, è stato ed è un intervento per la salute, che si svolge extra-moenia, dettato dalla specificità del quartiere.

Forse è utile fare ancora un esempio di intervento rispetto alla specificità del territorio.

Si tratta di un intervento di recupero tramite un progetto di educazione al lavoro e ripresa di scolarizzazione con i ragazzi più svantaggiati.

E' difficile ricostruire le tappe del rapporto che si instaura tra adolescenti definiti "a rischio" e gli operatori di



una casa della salute, perché questo rapporto nasce e cresce nelle maniere le più impensate, sconvolgendo spesso tutti gli schemi che si erano costruiti.

Intanto i primi contatti, i primi incontri con i ragazzi, che difficilmente si avvicinano spontaneamente alle strutture sanitarie, avvengono per strada: qualche sorriso, qualche saluto.

Noi "sentiamo" che a poco a poco si informano con quelli che entrano, cercano di capire dall'esterno di cosa si tratta.

Prima ancora di conoscere le singole persone, cercano di capire se dentro vi sono delle cose che a loro possono servire nel continuo gioco del furto e della ricettazione.

Succede che qualcuno si fa male perché cade dal motorino o va in overdose, ed ecco che arriva, con la corte di amici nel primo caso, da solo e in difficoltà nel secondo.

La sperimentazione dell'accoglienza da parte di qualcuno tra loro è indispensabile perché poi, un giorno dopo l'altro, c'è sempre qualcuno che ti ferma per strada per dirti "iù ci aiu a parrari" ("devo parlarle"). Da questi approcci, che durano mesi, a volte anni, a un progetto che coinvolga i ragazzi che sono stati tagliati fuori dall'opportunità di crescere con ritmi naturali, di apprendere secondo le regole della pedagogia o semplicemente del buonsenso, corre molto spazio.

Questo progetto è comunque maturato. I ragazzi sono diventati gli amici (un po' i figli) a cui teniamo moltissimo; sconvolgono, a causa della dilatazione dei tempi necessari per stare con loro, altri programmi a cui dobbiamo pur dedicarci; ma abbiamo capito che un punto centrale della storia di questa città è che tanti ragazzi ingiustamente svantaggiati, ingiustamente emarginati, possano recuperare le occasioni minime per essere capaci di guardare dentro di loro, riacquistare fiducia nelle loro capacità, ed essere messi alla prova per verificare che sono capaci di fare qualcosa di buono. In questa messa alla prova è indispensabile fornire loro tutti gli strumenti necessari, perché la delusione del non riuscire comporta una confer-

ma della loro "diversità". Probabilmente, un servizio come quello descritto, da solo, non è capace di fornire loro questi strumenti.

Un'attenzione particolare infine, rispetto a una promozione globale della famiglia, va riservata alle bambine quali eventuali protagoniste della rottura del circolo della riproduzione della infelicità e del malessere, che spesso comincia con la formazione di una coppia troppo giovane (14-16 anni) e di un maternità suggellante l'avvenuta unione. Il progetto è soprattutto culturale, basato su esperienze fatte assieme, di conoscenza di luoghi, di avvenimenti, di piccoli lavori; l'idea è che possa crescere in loro la consapevolezza che soltanto se svilupperanno le loro capacità affettive, culturali e lavorative, prima di formare una famiglia potranno non cadere nella trappola di una falsa emancipazione ottenuta con una *fuitina* (fuga d'amore) precoce, che, al contrario, le porrà mamme-bambine di fronte a responsabilità e difficoltà che impediranno uno sviluppo naturale e sereno di tutto ciò che potenzialmente avrebbero potuto realizzare.

Sullo sfondo, ma con continui intrecci all'interno della operatività quotidiana, rimane il nodo da affrontare tutti insieme e su cui continuamente riflettere per comprendere che ciò che è avvenuto non è neutro: la difficoltà abitativa e per il lavoro, l'analfabetismo scolastico e culturale, che rende infelici tanti giovani, uomini e donne, che ha già reso infelici i loro genitori ed ancora componenti più lontani del loro albero genealogico, è stato voluto da politici e amministratori non contrastati da una società borghese fortemente ancorata ai propri privilegi.

Nella specificità della nostra città, nella quale lo sviluppo dell'economia si è basato su di un fitto intreccio di interessi tra mafia ed organizzazionigestori delle istituzioni pubbliche, è sempre stata congeniale la presenza di una consistente forza lavoro, ignorante e disoccupata, utilizzabile e disponibile dal contrabbando allo spaccio, all'omicidio.

La sensazione è che questi "bambi-

ni/e, ragazzi/e a perdere" vengano ancora facilmente rimossi dalla mente dei più fortunati, che non ci sia ancora una presa in carico prioritaria da parte della società civile illuminata e autenticamente antimafiosa, probabilmente perché la complessità strutturale della città, a volte, è immobilizzante.

La conclusione è che qualunque servizio territoriale che lavori con la gente deve trovare il metodo per comprendere profondamente i bisogni; da questa consapevolezza nascono interventi fortemente condivisi e quindi probabilmente efficaci.

Nel quartiere di Palermo in cui operiamo la promozione della salute si intreccia fortemente con un'esigenza di giustizia sociale e i problemi del *bene-essere* (nella sua accezione psico-fisico-sociale) non possono prescindere da quelli più complessivi di una maturazione culturale che può crescere se c'è una chiara percezione della interdipendenza dei fatti.

Bibliografia

1. G. Berlinguer, *Malaria urbana. Patologia delle metropoli*, Feltrinelli, Milano 1976
2. G. Bert, *Medicina sociale*, Feltrinelli, Milano 1981
3. G.A. Maccacaro, *Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976*, Feltrinelli, Milano 1979
4. B.C. Savy, *Nouvelle politique de la Santé*, Editions Universitaires, Parigi 1969.

Ausili Didattici ACP

SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE / 50%

Supplemento al n° 2/1994 di Quaderni ACP

Emergency per le vittime civili delle guerre ti chiede la cosa che i suoi medici sentono urlare ogni giorno.

AIUTO.

Nelle zone di guerra, per salvare civili innocenti: bambini, donne, uomini; feriti, mutilati da armi indiscriminate come le mine anti-uomo, affamati e colpiti da epidemie.

Con la tua generosità sostieni i programmi di chirurgia d'emergenza e assistenza sanitaria nei Paesi colpiti, come il Ruanda. Emergency è un'organizzazione umanitaria indipendente, che si sostiene con aiuti privati. Come il tuo.

Conto corrente bancario n. 15423 F Banca Antoniana, coordinate bancarie 5040/1600, conto corrente postale n. 28426203 intestato a Emergency.

EMERGENCY. CASELLA POSTALE 1478 - 20101 MILANO

NOME _____

VIA _____

CAP _____ CITTÀ _____

VERSO L. _____

MI ASSOCIO VOGLIO COLLABORARE



Emergency ringrazia l'Editore per questo spazio

- all'interno:
il nuovo Programma di Formazione Continua ACP
il video: il trattamento del diabete infantile, il rischio di ipoglicemia
la riunione del mese: la storia naturale dell'Asma Infantile
Il saper fare: la spirometria in ambulatorio
le istruzioni per le famiglie: come fare l'aerosolterapia,
utilizzare un puffer o il distanziatore
- e ancora per la "ricerca in progress":
i protocolli preliminari di "Si può fare con meno"

n° 2

settembre 1994

Supplemento al n° 2/1994 di Quaderni ACP
Autorizzazione del Tribunale di Oristano 308/89

Direttore: Giancarlo Biasini

Responsabile: Franco Dessì

Coordinamento: Carla Berardi, Roberto Buzzetti,
Franco Dessì, Rosario Ferracane, Michele
Gangemi, Monica Pierattelli, Leo Venturelli

Redazione: Salvo Fedele, Pippo Montedoro, Franco
Lanzoni - c/o Servizio Materno Infantile - Azienda
USL Cesena Viale Ghirotti, 286 - 47023 CESENA

Progetto grafico e videoimpaginazione: Toni Saetta

Stampa: Editoriale Antiterra S.n.c.

via Mogadiscio, 2/c - Palermo - Tel. 091/224847

SOMMARIO

- 30 **Comunicazioni da parte dell'ACP** agli abbonati con la Helix Media di "Ausili Didattici per il pediatra ambulatoriale"
- 31 **Il nuovo programma di Formazione Continua ACP**
- 32 **La storia Naturale dell'Asma Infantile: le risposte di Giorgio Longo alle domande del gruppo ACP di Palermo: la riunione del mese.**
- 35 **Come fare l'aerosolterapia, usare un distanziatore o utilizzare correttamente un puffer: le informazioni per genitori e pazienti preparate da Michele Gangemi e Maddalena Agostini**
- 38 **La spirometria nell'ambulatorio del pediatra: "il saper fare" di questo numero.**
- 41 **Il trattamento del diabete infantile, il rischio di ipoglicemia, una lezione di Mauro Pocecco: "il video del mese"**
- 42 **"Ricerca in Progress": I protocolli preparati da Giorgio Tamburlini e Anna Macaluso per la ricerca ACP: "Si può fare con meno"**

In copertina la campagna pubblicitaria di

EMERGENCY

una associazione "no profit" di medici volontari, che opera, con grande impegno, in "zone di guerra". A questa organizzazione va tutto l'affettuoso appoggio dell'ACP.

COMUNICAZIONI DA PARTE DELL'ACP AGLI ABBONATI CON LA HELIX MEDIA DI AUSILI DIDATTICI PER IL PEDIATRA AMBULATORIALE

La "querelle" con la Helix Media per la vicenda di "Ausili didattici per il pediatra ambulatoriale", va, non per nostra volontà, per tempi lunghi e vie legali. Da parte nostra, per limitare i danni subiti dagli abbonati e per il rispetto che si deve loro, invieremo, a partire da questo numero, e per i successivi tre, le videocassette del nostro programma di formazione continua. Informeremo poi direttamente gli interessati sulle procedure che stiamo attivando nei riguardi della suddetta casa editrice.

Pubblichiamo di seguito un primo elenco di abbonati che ci hanno fatto pervenire la documentazione relativa all'abbonamento effettuato presso la Helix Media; vi preghiamo di completare i dati eventualmente mancanti o quelli errati, scrivendo a "Franco Dessì ACP" in via Montiferu 6 - 09070 Narbolia (Oristano), precisando il numero di videocassette ricevute e la data in cui è stato effettuato il versamento. Tutti coloro che hanno effettuato un abbonamento presso la Helix Media, o che hanno richiesto singole videocassette, e che ancora non ci hanno fatto pervenire i dati, sono pregati di scrivere urgentemente a Dessì.

Ecco i nomi di coloro che hanno effettuato l'abbonamento completo (6 video e 6 numeri della rivista) presso la Helix Media e ci hanno fatto pervenire i dati richiesti; riceveranno dalla ACP, in sostituzione, 4 o più videocassette del nuovo programma di formazione continua, a seconda del numero di video già ricevuti, oltre al giornale.

Cognome e Nome.

indirizzo

Angelini Paola	via Capanna 7, 60019 Senigallia (AN)
Apicella Costantino	vico casa Miccio 10, 80062 Meta (NA)
Boschi Giuseppe	via Grandi 5/33, 42020 Albinea (RE)
Caielli Lorenza	via M.Buonarroti 46, 35135 Padova
Capomolla Domenico	via Calabria 78 Q, 89131 Reggio Calabria
Castelli Lucia	via Trieste 3, 26010 Monte Cremasco (CR)
Causa Pasquale	via Matteotti 4, 80078 Pozzuoli (NA)
Cerruto Angelo	via Francesco Vita 3, 96011 Siracusa
Coltura Eliana	via G.De Petra 12, 00162 Roma
D'Agata Gaetano	via Napoli 45, 96012 Avola (SR) 2
Di Croce Angelo	via Vescovado 8, 66054 Vasto
Di Girolamo Franca	via Sabotino 68, 63030 San Ben. del Tronto (AP)
Di Lascio Nicola	via R.Scotellaro 149, 85045 Lauria
Iembo Mario	via F.De Riso 65, 88100 Catanzaro
Lo Capo Pietro	via Dante 70, 75100 Matera
Passalacqua Franco	via Eugubina, Perugia
Primavera Giuseppe	via Giovanni Dotto, Palermo
Ranieri Nicola	corso Mazzini 90, 88100 Catanzaro

Questo è un primo elenco di nomi di quanti hanno effettuato l'abbonamento ad "Ausili Didattici per il Pediatra ambulatoriale" presso la Helix Media; Sono tutti non iscritti all'ACP cui invieremo i Quaderni ACP e il suo supplemento "Ausili Didattici ACP", fin da questo numero:

Balsamo Elena	via Fondazza 83, 40125 Bologna
Bonifaci Patrizia	via XX settembre 74, 64018 Tortoreto (TE)
Colletti Laura	via Cederna 7, Monza
Coronella Angelo	via Vaticale 156, 81033 Casal di P.pe (CE)
Crupi Isodiana	viale Regina Elena 131 E, 98121 Messina
Madeddu Elena	via Einaudi 40, 09127 Cagliari

Il programma di Formazione Continua ACP 1994-'95

Il nuovo programma di Formazione Medica Continua ACP prevede la pubblicazione, nell'arco dei prossimi 12 mesi, di 6 videocassette e 6 numeri di "Ausili Didattici ACP" con quattro rubriche: una di resoconto di una riunione tematica, condotta con un esperto di settore da pediatri ambulatoriali, una di saper fare, una di istruzioni per genitori e pazienti, e una di archivio bibliografico.

Le rubriche e le videocassette verteranno, prevalentemente, su temi di "confine": laddove cioè la cultura del pediatra ambulatoriale è messa maggiormente alla prova dalle scelte del "centro specialistico di riferimento".

Il programma ha l'obiettivo di far sì che il pediatra generalista abbia sufficienti informazioni tecniche e strumenti di lavoro pratici sui temi sviluppati, in modo che gli sia consentito non solo di "padroneggiare" l'argomento ma anche di restituire alle famiglie gli elementi fondamentali di conoscenza, necessari ad approvare consapevolmente le opportune scelte tecniche. Per fare un esempio, il pediatra generalista deve essere in condizione di spiegare a una famiglia che "il trattare un bambino con diagnosi di deficit di GH" non dipende sempre e soltanto da scelte di natura *tecnica*, ma anche da scelte *culturali*; per far questo, deve sapere con certezza quali sono i test realmente utili alla diagnosi di deficit di GH, e quelli che consentono di - per usare un termine improprio - "aggirare" la legislazione vigente; il medico deve anche avere una dimensione completa del fenomeno culturale, delle aspettative delle famiglie e delle pressioni del mercato. Il completamento ideale del programma dovrebbe essere finalizzato a raccogliere dati sulla specifica realtà italiana, sulle differenze osservate nel territorio nazionale e sui cambiamenti da sviluppare: a questo verrà dedicata in prevalenza la rubrica di "ricerca in progress", per usare le parole di Giancarlo Biasini: "apprendere facendo ricerca: la terza fase della vita ACP, dopo la prima fase (ormai finita) dell'aggiornamento passivo e la seconda dell'aggiornamento attivo". Le videocassette del programma potranno essere acquistate singolarmente a ogni uscita, con prezzi differenziati per i soci ACP, per i non soci, per gli enti.



cedola da spedire a: **Programma di Formazione Continua ACP c/o Franco Dessì via Montiferru 6, 09070 Narbolia (OR)**

Desidero Ricevere come: socio ACP non socio ACP ente

La videocassetta del programma di Formazione Continua ACP

n. 1. : Il diabete infantile, i rischi di ipoglicemia.

tutte e sei le videocassette del programma di Formazione Continua ACP 1994-95

Allego ricevuta versamento c/c postale 17010091 intestato a: Associazione Culturale Pediatri - Sezione Sarda.
Ho provveduto a specificare sul bollettino postale la causale del versamento.

Nome/ragione sociale.....

Indirizzo.....

CAP..... Città..... Tel/Fax.....

p.iva (necessaria per gli enti)

tariffe singola videocassetta: L.80.000 per soci o gruppi ACP formalizzati; L.100.000 per non soci ACP
L.150.000 per enti;

tariffe per il programma completo di formazione continua ACP (sei videocassette con uscita bimestrale, da completare entro il 31/12/95): L.400.000 per soci o gruppi formalizzati ACP; L.500.000 per non soci ACP; L.700.000 per enti.



LA STORIA NATURALE DELL'ASMA INFANTILE

domande del gruppo ACP di Palermo
e di Franco Panizon

risposte di Giorgio Longo.

partecipanti alla discussione: Enrico Corpora, Giusi De Santes, Rosario Ferracane, Salvo Fedele, Fabio Lunetta, Maria Grazia Lunetta, Gaetano Milioto, Rosalba Ocello, Maurizio Parisi, Giuseppe Primavera, Benedetto Rinaudo, Rosa Maria Testa, Daniela Vernaccini, Daniela Zangara.

revisione scientifica del testo
a cura di Rosario Ferracane.

Fino a pochi anni fa il pediatra tendeva a formulare una prognosi estremamente favorevole per l'asma infantile (termine che accuratamente tende ancora ad evitare a favore di diagnosi più rassicuranti del tipo "broncospasmo" o "bronchite disпноizzante"), adesso è più cauto, ma sostanzialmente non sa cosa dire esattamente: "forse l'asma del suo bambino guarirà, forse ...", come possiamo essere più precisi?

Dipende da cosa si intende per guarire; se intendiamo per guarito un soggetto "asintomatico" da più di 5 anni, alcuni studi sottolineano che i guariti a 13 anni sono circa il 50%, a 17 anni sono il 60%, ma a 21 anni sono solo il 35%. Credo però che l'asma vada definita per le sue caratteristiche di malattia in parte costituzionale, come "affezione dalla quale non si guarisce mai". Noi abbiamo fatto delle ricerche con il test di provocazione bronchiale alla carbocolina in soggetti che erano "guariti", cioè completamente asintomatici da più di venti anni (e alcuni da più di quaranta anni) e tutti quanti avevano un test patologico. Il meccanismo base della malattia, cioè l'iperreattività bronchiale, rimane sempre (e può essere trasmessa alla prole). L'espressione "soggetto guarito" va messa tra virgolette. Si tratta, infatti, di un soggetto iperreattivo che in presenza di uno stimolo sufficiente farà una broncostruzione; ma d'altra parte se è vero che la risposta broncostruttiva è una risposta fisiologica di fronte a stimoli adeguati, non c'è dubbio che esiste una notevole differenza clinica tra chi avrà una risposta broncostruttiva soltanto nel corso di un incendio e chi costantemente farà un asma da sforzo; spiegare correttamente il problema dipende dalla "cultura" del medico: si eviteranno i messaggi falsamente rassicuranti di un tempo, si evite-

ranno allarmismi fuori luogo.

Abbiamo fatto uno studio su genitori sani di bambini asmatici e abbiamo trovato che la curva di distribuzione della reattività bronchiale aveva un andamento bimodale. Circa il 50% dei genitori aveva una broncoreattività che superava "l'avvallamento", abbiamo considerato quel punto come il cut-off fra soggetti "cosiddetti sani" e soggetti "portatori di broncoreattività". Ovviamente i genitori sintomatici si trovano più a destra in questa seconda curva: più si va a destra più si trovano asmatici importanti e con sintomatologia recente; più passa il tempo dall'ultimo accesso più la reattività si sposta a sinistra; ma neanche dopo 40 anni dall'ultimo accesso l'asmatico cambia "gobba".

In pratica il pediatra di un tempo formulava una prognosi positiva, perché a un certo punto notava un miglioramento, ma non sapeva quel che succedeva dopo. Certamente però alla pubertà succede qualche cosa che è sotto i nostri occhi e non sappiamo ben quantificare, alcuni migliorano..., altri vanno decisamente peggio; o no?

Se dividiamo in tre gruppi di gravità gli asmatici (lievi, medi e più gravi), secondo un punteggio clinico, gli asmatici più lievi tendono ad andare in remissione a cominciare da tre, quattro anni prima della pubertà, i medio-gravi migliorano con l'inizio della pubertà. Va rilevato, però, che quello che caratterizza il passaggio di età non è tanto il miglioramento dell'asma come reattività bronchiale, ma come malattia clinica.

Il soggetto in età adolescenziale normalmente non fa più le grosse crisi di asma (le crisi che preoccupano, quelle da ricorso in ospedale o alle grandi dosi di cortisonico). Probabilmente questo è dovuto al fatto che a quell'età il soggetto non fa più le infezioni respiratorie, che sono la causa principale delle crisi asmatiche importanti. Ma se saggiamo la reattività bronchiale dell'adolescente asmatico, troviamo una reattività superiore a quella del bambino dell'età scolare, che magari fa le crisi asmatiche gravi. La controprova clinica sta nel fatto che l'asmatico adolescenziale, che dichiara di stare molto meglio di prima, usa il broncodilatatore con molta più frequenza di quello che faceva quando andava all'asilo o a scuola, quando cioè faceva i suoi quattro o sei o dieci accessi l'anno ma per il resto stava bene.

L'adolescente ha l'asma da sforzo con più facilità, fischia per situazioni banali di ambiente anche solamente un poco fumoso, o di "cambio di tempo".

Lo stimolo capace di dare fastidio è infatti molto più piccolo. Hanno dunque un asma più "comodo", con basso score clinico (numero di ricoveri in ospedale, ricorso al cortisonico...), ma hanno una malattia, intesa come "iperreattività", peggiore.

la riunione del mese

Insomma, il passaggio di età dal bambino all'adulto comporta un aggravamento dell'asma?

Il passare dal bambino all'adulto comporta una riduzione della reattività bronchiale.

Prima avevo percepito quasi il contrario...

La riduzione non si verifica se i fattori che aumentano la iper-reattività bronchiale sono più forti del fisiologico attenuarsi della reattività bronchiale dovuto alla crescita. Un altro fattore che può ridurre la reattività bronchiale è l'attività sportiva. Il soggetto che ha l'asma da sforzo perde l'asma da sforzo facendo l'attività sportiva. Se prima di praticare il calcio un certo sforzo mi dava l'asma e dopo due mesi di attività lo stesso sforzo non me lo dà più, sono passato da una certa reattività bronchiale ad una più bassa. Mentre tra i fattori che aumentano la iper-reattività bronchiale il passaggio dall'età del bambino a quella dell'adulto determina una riduzione di importanza del ruolo delle infezioni respiratorie ed un aumento di importanza dell'allergia ad inalanti. Il soggetto che ha l'asma e che è allergico, ha questo fattore che è molto più forte del fattore crescita. Questo soggetto può avere con l'età un peggioramento ingravescente della reattività bronchiale. La reattività bronchiale varia non solo da asmatico ad asmatico ma nello stesso asmatico, a seconda di quale fattore sia predominante, ma anche di quale "cura" il soggetto stia seguendo.

Fino a che punto la gravità del primo episodio è in relazione alla broncoreattività costituzionale?

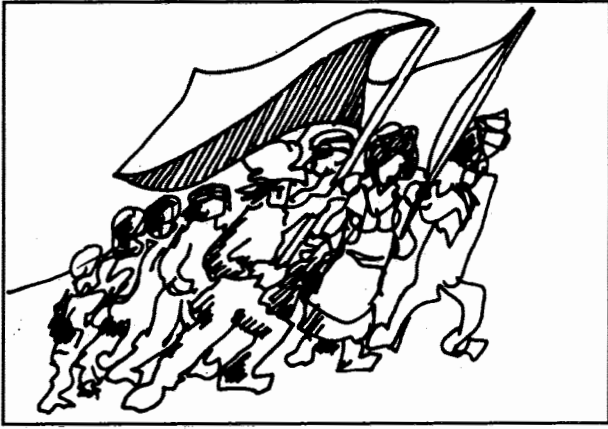
Dato che non c'è una storia patologica sufficiente a determinare un aggravamento della iper-reattività bronchiale, se il primo virus determina una crisi da ricovero mette in evidenza una broncoreattività di base molto elevata. Ma i fattori che determinano la gravità della crisi sono molteplici, innanzitutto la famiglia può non avere esperienze precedenti di crisi asmatiche importanti e ritardare le cure, e questo può essere un fattore determinante nella "gravità" della crisi, poi dipende da che tipo di virus determina la prima crisi. Nell'ambito dei virus, che si collocano tutti tra gli stimoli "forti", il virus respiratorio sinciziale (VRS) e i rinovirus sono i più asmogeni, mentre relativamente poco asmogeni sono gli adenovirus e i virus influenzali. Credo che questa molteplicità di fattori renda difficile formulare una prognosi in base semplicemente alla gravità del primo episodio. Bisognerebbe sapere dell'altro: è una crisi grave da adenovirus? E' una crisi grave da VRS? La reattività bronchiale aspecifica (RBA) si trova in una curva di variabilità larga nella popolazione. Il range varia di più di mille volte fra coloro che stanno nei valori bassi e coloro che stanno nei valori alti di reattività. Questo significa che il fastidio provocato, ai primi, da mille sigarette è pari al fastidio provocato ai secondi da una sola sigaretta. Questo è da far notare ai genitori dei bambini asmatici per far capire l'importanza della cura del microambiente (fumi, odori,...). Se vogliamo crearci una scala di RBA possiamo dire: asma solo con infezioni virali: RBA bassa (il soggetto reagisce solo a un grosso stimolo); asma da sforzo:



RBA media; asma anche soltanto con irritanti ambientali: RBA alta. Quando si abbassa la RBA il soggetto perde l'asma da irritanti, poi l'asma da sforzo e da ultimo l'asma da virus.

Un lavoro, che mi sembra molto importante di circa tre anni fa sul NEJM concludeva che non esiste asma al di sotto di un certo livello di IgE. Sebbene sia sbagliato identificare l'asma con l'atopia, è possibile o ragionevole pensare che lo stimolo principale per il peggiorare nel tempo della reattività bronchiale sia lo stimolo di tipo IgE. Questo può significare che l'atopia non necessariamente arriva ad esprimersi col test cutaneo o la sensibilità specifica o può significare solo che ogni volta che uno fa la bronchite risponderà a quel virus con le IgE?

I livelli di IgE di quell'articolo non avevano un valore assoluto ed erano divisi per classe di età. C'erano classi di età, in particolare la prima e l'ultima, che avevano un livello di IgE molto basso. In ogni caso i soggetti asmatici si distribuivano (anche se con delle sovrapposizioni) al di sopra di un certo valore di IgE, i non asmatici al di sotto. Attualmente ci sono delle nuove vedute che mettono insieme sia il livello di IgE che l'infiammazione. Un certo tipo di linfocita carente nella produzione di una certa linfocina determina per effetto di questa carenza sia una facilitazione nella risposta IgE che una minore inibizione di un certo tipo di flogosi che con liberazione di mediatori, per stimoli anche non allergici, aumenta la reattività bronchiale. Questo ci permette di capire meglio quello che osserviamo clinicamente. Se un soggetto si trova nella parte alta della distribuzione della reattività bronchiale, e lo si può trovare semplicemente perché esce da una infezione che recentemente gli ha determinato l'asma, basterà uno stimolo piccolo per avere una risposta asmatica "difensiva". Se invece si trova nella parte bassa della broncostruzione occorrerà uno stimolo forte. Quindi dall'entità dello stimolo possiamo stabilire il grado di reattività bronchiale del soggetto, al di là della quota costituzionale di base, a seconda se siano presenti fattori in grado di variare in alto o in basso la broncoreattività. Come ho detto tra i fattori di aumento della broncoreattività più conosciuti c'è l'allergia (ma ci sono anche le infezioni respiratorie e l'inalazione di sostanze chimiche), tra i fattori di diminuzione della broncoreattività vi è la crescita, l'attività sportiva, ma vi è anche la terapia steroidea topica. Dopo trattamento di due settimane con cortisonico locale il bambino può fare comunque un asma da infezione, comincia però a poter correre di nuovo, a non avere il fischio quando ride, a non dover scappare fuori dal bar, dove si fuma, per la tosse.



Il trattamento rapidamente toglie i segnali "minori" di malattia; ma questi segnali "minori" sono il segno di una iper-reattività che non va trascurata.

In pratica, quello che ci stai dicendo è che la storia naturale dell'asma non dipende prevalentemente dal grado di "broncoreattività costituzionale" che da sola non è sufficiente a distinguere l'asma in lieve, medio-grave e grave, ma da come trattiamo la broncoreattività, da quali fattori che aumentano la reattività bronchiale entrano in gioco, dalla capacità che abbiamo di proteggere il bambino da questi fattori e dalla capacità che abbiamo di favorire tutto ciò che diminuisce la broncoreattività di quel soggetto?

Nella malattia asmatica l'obiettivo che dobbiamo porci non è più quello di curare il sintomo, cioè di impedire la broncoostruzione, ma quello di curare la malattia. Negli ultimi dieci anni si è passati dalla terapia teofillinica alla terapia steroidea, con l'intenzione di trattare il momento patogenetico della malattia che è la reattività bronchiale. La reattività bronchiale dipende dall'infiammazione che è sempre ad eosinofili, come dimostrano gli studi sul liquido di lavaggio della secrezione bronchiale. La flogosi ad eosinofili è presente nell'asma in presenza o meno di elevate IgE o di allergeni documentabili. Nell'asma del bambino, tipicamente estrinseca, e in quella dell'adulto tipicamente intrinseca, c'è sempre la presenza nella flogosi bronchiale di eosinofili. Il numero di eosinofili correla strettamente con la gravità della malattia. C'è correlazione tra valori spirometrici (FEV1 ad esempio) e conta degli eosinofili. Lo stesso per la reattività bronchiale verificata con la metacolina, all'aumento dei suoi valori aumenta anche il numero degli eosinofili. Nell'asma resistente, che necessita di terapia steroidea per via generale, la dose efficace di cortisone, variabile da soggetto a soggetto, è quella che fa abbassare la conta degli eosinofili. E poi anche l'allergia non è tutta la stessa cosa; se facciamo un test di provocazione bronchiale con un antigene specifico, un polline ad esempio, avremo due possibilità di risposta:

- esclusivamente una risposta pronta (cioè dopo pochi minuti)
- una risposta pronta e una tardiva (cioè anche dopo quattro, cinque ore)

queste due modalità di risposta dipendono dall'entità dell'antigene che noi diamo: se diamo una certa quantità avremo ambedue le risposte, se invece diamo una dose più bassa avremo solo la risposta pronta. Se noi otteniamo una risposta tardiva aumentiamo la reattività bronchiale, se invece non la facciamo avvenire, la reattività

bronchiale resterà imm modificata. Gli eosinofili, nel liquido di lavaggio bronchiale, aumentano solo quando avviene la risposta tardiva.

In natura il soggetto allergico ad un polline stagionale riceve un'inalazione che si distribuisce nell'arco di un certo numero di mesi. Nel periodo della pollinazione abbiamo una crescita della reattività bronchiale aspecifica di quel soggetto; quell'asmatico avrà una malattia annuale stagionale, non evolutiva, senza ripercussioni successive in assenza di una stimolazione continua.

L'allergia alla polvere di casa è importante, ma molto più subdola dell'allergia ad un polline stagionale. E' infatti una allergia persistente, ma non si fa riconoscere nella sua gravità in quanto tale e dà i suoi segnali attraverso un aumento progressivo della infiammazione cronica e della conseguente RBA. L'aumento della RBA comporta che stimoli sempre più piccoli siano in grado di far fare una crisi asmatica. Se facciamo un test di provocazione bronchiale con un nebulizzato di acari, otteniamo una crisi asmatica con lo stesso risultato che abbiamo visto col polline. Il nebulizzato si distribuisce uniformemente, ma in dose circa venti volte superiore ad una inalazione naturale in ambiente non profilassato. Nella vita di ogni giorno avviene l'inalazione di grosse particelle che si distribuiscono irregolarmente nell'albero bronchiale. Questo non determina, di fatto, una crisi broncostruttiva, per cui è difficile avere la conferma clinica che un soggetto ha "l'asma da polvere". Tuttavia l'inalazione continua, durante tutto l'anno, mantiene la flogosi ad eosinofili e provoca un incremento costante della RBA. Il soggetto quindi, che a casa respira piccole quantità di polvere, quando va all'asilo prende una infezione virale e questa, trovando i bronchi iper-reattivi, determina una crisi di asma. Quindi il bambino è allergico alla polvere di casa ma si ammala quando va all'asilo.

La spirometria aiuta a formulare una prognosi, ad individuare i soggetti che hanno più bisogno di un progetto terapeutico e qual è l'età più adatta per farla?

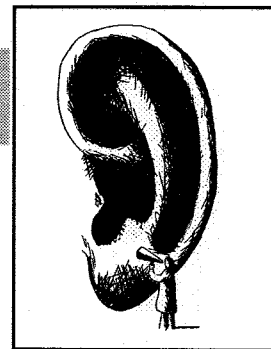
Abbiamo trovato che un indicatore prognostico sfavorevole è il tracciato spirometrico intercrito nell'età scolare (6-10 anni) alterato. Il trovare valori spirometrici di base, alterati, in più occasioni, a quell'età, deve essere preso in considerazione per seguire con attenzione quel bambino e programmare un progetto terapeutico attento.

Il cortisonico topico, l'attività sportiva, la profilassi ambientale, la terapia desensibilizzante, le informazioni alla famiglia sulla corretta gestione della crisi..., c'è una cosa che vedi dimenticare più spesso delle altre nel progetto terapeutico di un bambino asmatico?

Una cosa che normalmente si dimentica di fare è la cura del naso. La respirazione nasale rappresenta per il soggetto iperreattivo una difesa fondamentale. Per esempio il trattamento nasale con cortisonico locale (molto più che con DSCG) durante la stagione della pollinazione, determina nell'asmatico allergico ai pollini un netto miglioramento dello score clinico. Una banalità importante.

COME FARE L'AEREOSOLTERAPIA CON NEBULIZZATORI JET

di Michele Gangemi e Maddalena Agostini

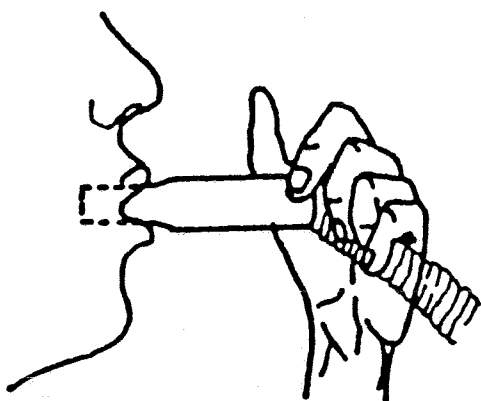


La prima cosa da sapere è che non tutti i nebulizzatori in commercio sono dotati di compressori efficaci e ampolle valide. La seconda è che anche il bambino molto piccolo finirà per accettare il trattamento aerosolico se si ha l'attenzione di non porgerlo aggressivamente e di compensarlo e gratificarlo per la fatica imposta.

Grande attenzione deve essere posta affinché non si faccia inspirazione attraverso il naso (le particelle di diametro superiore a 1 micron si impattano completamente nella parte anteriore del naso).

L'aerosolterapia medicamentosa ma anche l'inalazione di nebbia acquosa hanno la loro applicazione ideale con l'impiego di un *boccaglio* (fig 1)

Fig 1 - Boccaglio correttamente inserito in bocca semiaperta oltre il morso dei denti, sopra la lingua.



Il boccaglio deve essere introdotto il più profondamente possibile nella cavità orale sopra la lingua, evitando che questa ne occluda l'apertura. Un boccaglio con l'estremità tenuta tra le labbra o tra i denti, con la lingua libera, facilita l'impatto precoce di particelle aerosoliche.

L'uso di una *maschera facciale* (fig 2) è un ripiego cui si ricorre nei bambini piccoli (sotto i 2-3 anni) che sono incapaci di usare il boccaglio. La maschera deve essere tenuta bene aderente al viso per tutta la durata della seduta aerosolica. La maschera non aderente o la rincorsa alla bocca del bambino con la maschera, vanificano seriamente l'efficacia del trattamento e, nel caso di farmaci, impediscono qualunque sforzo di dosaggio. Per tali ragioni la maschera dovrebbe essere fissata al volto con un doppio elastico (o una piccola gabbia elastica) che ne assicuri l'aderenza permanente anche se il bambino si agita e piange. Il limite della maschera sta nel fatto che essa comprende anche il naso e il bambino piccolo usa il naso per la respirazione (escluso quando piange), e il

naso, come abbiamo già sottolineato, non è adatto per l'aerosolterapia profonda (quella che deve arrivare ai bronchi). Non si deve rinunciare pertanto a incoraggiare anche il bambino piccolo a respirare con la bocca (non basta che la bocca sia aperta!) per fare l'aerosol. E' utile, prima di effettuare il trattamento, verificare che il naso sia libero di secreti (si può, eventualmente, utilizzare la soluzione fisiologica per pulirlo bene). Se vi è ingorgo bronchiale: tosse con espettorazione abbondante, il vostro medico vi darà delle istruzioni supplementari su come favorire il drenaggio di questi secreti prima di effettuare l'aerosolterapia, che in quel caso potrebbe essere del tutto vanificata.

Fig.2 - Maschera facciale per aerosolterapia, con aderenza corretta al volto.



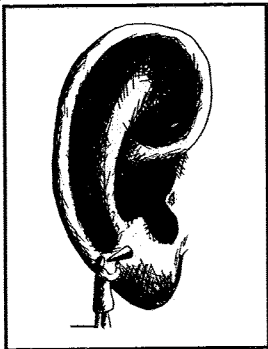
Fornitori e costi orientativi di alcuni validi apparecchi aerosolici

Apparecchio	Ditta Costruttrice	Ditta Venditrice	Costo Orientativo
NEBULA + PARI INHALIERBOY PHARMANEB	Mefar	Markos SaS	180.000
	Paul Ritzau	Tecnologia Osp.	375.000
	Mefar	Mefar	140.000

Indirizzi:

MARKOS SaS
MEFAR Srl
TECNOLOGIA
OSPEDALIERA SPA

Via Modorati, 1 - 20052 - Monza MI
Via Nikolajewka, 18 - 25073-Bovezzo (BS)
Via Mirandola - 37026 - Settimo (VR)



COME USARE CORRETTAMENTE UN PUFFER

di Michele Gangemi, Maddalena Agostini

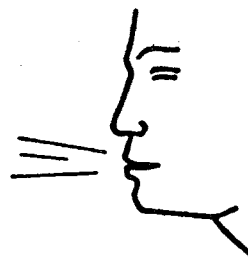
L'uso del puffer è estremamente difficile anche per un adulto e il suo utilizzo, senza l'ausilio di un distanziatore, è in pediatria estremamente limitato. La maggior parte degli asmatici, anche adulti, continua a utilizzare il puffer in maniera estremamente scorretta. Sono disponibili "unità dimostrative placebo", utili per consentire a un asmatico di fare il necessario allenamento, nello studio del medico, all'uso del puffer. Possono essere richieste alla ditta Glaxo-Allen, attraverso il rappresentante di zona e vengono fornite gratuitamente.

Le istruzioni che seguono intendono essere un compendio della dimostrazione pratica.

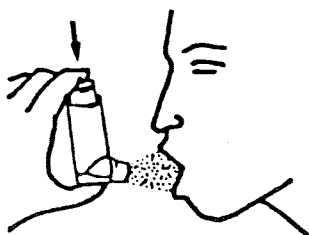
1. Agitare bene la bomboletta



2. Portare il puffer vicino alla bocca aperta (circa 3 cm) ed espirare completamente a labbra socchiuse fino a svuotamento dei polmoni



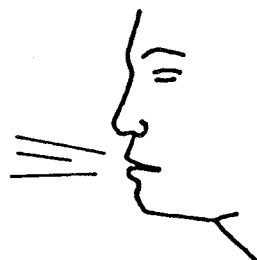
3. Con la bocca aperta avviare un'inspirazione lentissima premendo nel contempo il puffer. L'inspirazione deve essere la più lunga e lenta possibile



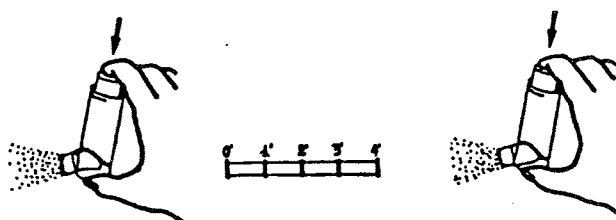
4. Alla fine trattenere il respiro il più a lungo possibile. Almeno 4 secondi



5. Quindi espirare completamente e lentamente a labbra socchiuse (pronunciare la lettera fff...)

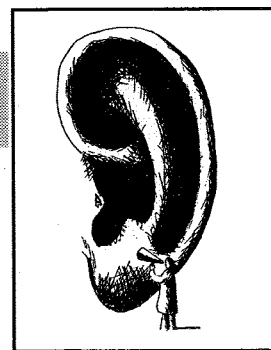


6. Con i broncodilatatori in genere si fa un secondo puff dopo una pausa di 3-4 minuti (non più corta)



COME SI UTILIZZANO GLI SPAZIATORI AEROSOLICI

di Michele Gangemi e Maddalena Agostini



In linea di massima valgono le seguenti raccomandazioni:

1. Agitare bene la bomboletta.
2. Collegare il boccaglio della bomboletta allo spaziatore.
3. Introdurre il boccaglio dello spaziatore in bocca oltre il morso dei denti e ben sopra la lingua.
4. Premere il dosatore spray per erogare il farmaco.
5. Dopo completa espirazione, iniziare precocemente l'inspirazione, possibilmente non oltre 5 secondi dall'erogazione (l'efficacia aerosolica si esaurisce comunque oltre i 30 secondi).
6. Il respiro deve seguire un modello preciso: inspirazione lenta, profonda - apnea - espirazione lenta (anche attraverso lo spaziatore, nei modelli con valvola unidirezionale).
7. Ripetere 2-4 volte inspirazione ed espirazione per svuotare completamente la camera. Nel bambino piccolo si accettano alcuni atti respiratori liberi, ma va incoraggiato a inspirare "a fondo", se non piange.

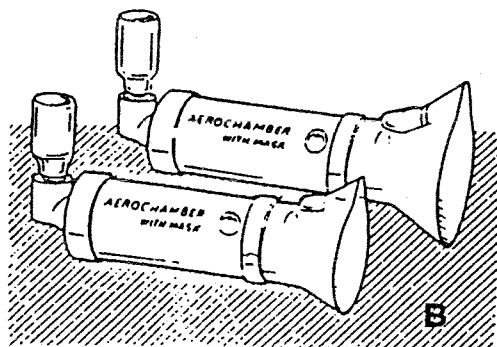
Nella fig. 1 mostriamo lo spaziatore *Aerochamber*® che è ora disponibile in Italia. Il volume di questo spaziatore è piccolo (145 ml), ma non vi sono a tutt'oggi convincenti dimostrazioni che i più raccomandati spaziatori di 700-750 ml siano effettivamente più vantaggiosi.

Alcuni pregi dell'*Aerochamber*® sono:

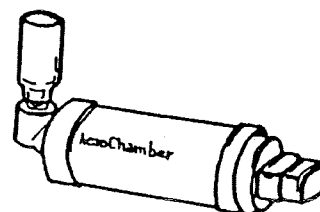
- Il piccolo ingombro.
- La possibilità di disporre sia del modello con boccaglio (l'ideale) che di modelli con maschera di tre dimensioni.
- La valvola unidirezionale, a bassa resistenza, che risparmia il bisogno di una perfetta sincronizzazione (l'aria espirata esce dai fori collaterali all'attacco di boccaglio e maschera).
- L'adattabilità a tutti gli inalatori spray.
- La compattezza dello strumento che non richiede operazioni di assemblaggio.

Fig. 1: spaziatore *Aerochamber*®

1-A. Modelli pediatrici con maschera



1-B. Modello standard con boccaglio



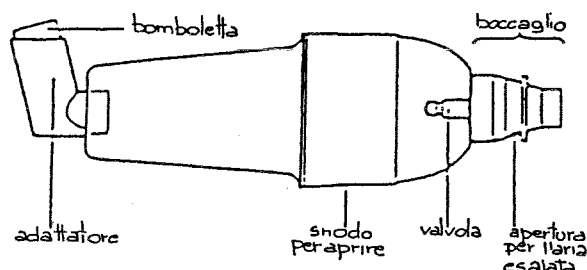
Lo spaziatore con maschera sembra avere il vantaggio di poter essere applicato anche nel lattante e nel bambino piccolo (fig 2), se si ha cura di ottenere, per alcuni secondi, una buona aderenza della mascherina al volto, mentre il bambino respira con bocca aperta. Ma si alleni anche il bambino piccolo a usare il boccaglio.

Fig. 2. Applicazione a un bambino piccolo dell'*Aerochamber*® con maschera.



Due modelli di spaziatori che vedremo forse in Italia sono il *Fisonair*® e il *Nebuhaler*®, grandi camere di espansione di 750 ml, di concezione e disegno simili, che dispongono di una valvola direzionale ad alta resistenza e funzionano solo con boccaglio e pertanto non sono impiegabili in bambini molto piccoli. Sono scomponibili ma sono comunque piuttosto ingombranti. Certamente il *Nebuhaler*® è lo spaziatore meglio studiato

Fig 3 - Grande spaziatore modello *Nebuhaler*®



La spirometria nell'ambulatorio del pediatra.

Un testo di R.F. Selden jr: "Functional examination of the respiratory tract" tratto da « Pediatric Outpatient Procedures» di Jacob A. Lohr, Lippincott Company, 1992, pag. 117-121 e liberamente "adattato" da Salvo Fedele.

1 - Scopo del test

La Spirometria viene utilizzata normalmente per determinare i valori di cinque parametri di Funzionalità respiratoria:

VC = capacità vitale

FVC = capacità vitale forzata

FEV1 = volume espiratorio forzato in un secondo

FEV1/FVC = il rapporto dei due volumi espresso come percentuale

FEF25-75% = il flusso espiratorio forzato tra il 25% e il 75% del FVC

Si rimanda a un testo di funzionalità respiratoria per rivedere le nozioni fisiopatologiche di base su cui si fonda l'esame. In questa sede verranno esaminati esclusivamente gli aspetti pratici, sorprendentemente trascurati nei libri di testo.

2 - Selezione dei pazienti

a) Indicazioni

Il medico deve essere estremamente giudizioso nel decidere quali pazienti sottoporre al test. Esempi classici, in ambiente di Pediatria ambulatoriale, possono essere considerati i pazienti con asma medio-grave per il monitoraggio terapeutico, gli adolescenti con sospetto di asma persistente o con sospetto di asma da sforzo, i bambini in età scolare per una valutazione della bronco-reattività di base. Ha poco senso effettuare la spirometria in un soggetto che abbia già evidenti segni clinici di broncoostruzione, ancorché lieve, a meno che questa valutazione non venga richiesta da particolari esigenze di monitoraggio terapeutico.

b) Controindicazioni e precauzioni

Vi sono poche controindicazioni alla spirometria. Come detto in precedenza, in presenza di una evidente situazione clinica di broncoostruzione, la spirometria dovrebbe essere rimandata. Se è presente dolore toracico, specialmente in un paziente con anamnesi positiva per malattia ostruttiva, dovrebbe essere richiesto un Rx per escludere uno pneumotorace, dato che quest'ultimo potrebbe peggiorare dopo le manovre di inspirazione e successiva espirazione forzate. Allo stesso modo, una emottisi o il sospetto di corpo estraneo dovrebbero consigliare di rimandare lo studio della funzionalità respiratoria.

3 - Equipaggiamento necessario

Sono disponibili numerosi spirometri, molti dei quali con analisi computerizzata dei dati. Come vedremo, per l'estrema semplicità con cui può essere letto "manualmente" uno spirogramma, l'uso del computer può essere considerato uno spreco. Da un punto di vista pratico, lo spirometro a secco della Vitalograph, per la semplicità che caratterizza la sua meccanica, resta quello più raccomandabile in una complessiva valutazione costi/benefici. Si suggerisce che il medico interessato all'uso dello spirometro in ambulatorio si assicuri, in caso di acquisto di costosi e sofisticati apparecchi, la disponibilità dell'assistenza tecnica. Estremamente importante per l'esecuzione della spirometria ai bambini è la disponibilità (fig.1) di:

* boccaglio pediatrico

* pinza nasale

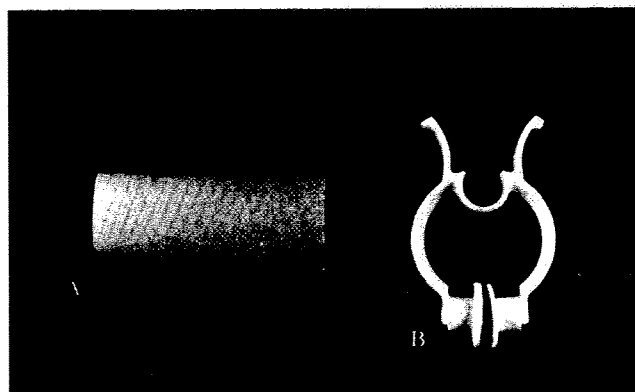


Fig 1: A: boccagli pediatrici; B: pinze nasali

4 - Descrizione della tecnica

Effettuare una spirometria richiede qualche seduta d'addestramento con un medico già esperto. Pazienza e capacità di insegnare sono doti necessarie, in particolar modo con i bambini più piccoli.

E' raccomandabile eseguire il test in una stanza tranquilla dove il numero di persone e le distrazioni siano ridotte al minimo.

Al paziente che si sottopone per la prima volta alla spirometria è necessario spiegare con cura i movimenti che deve effettuare per ottenere una buona inspirazione forzata. A volte, una semplice dimostrazione fatta dallo stesso esaminatore o da un paziente esperto si rivelerà più istruttiva di mille parole e ridurrà l'ansia nel bambino. E' consigliabile cominciare senza dare in mano al bambino nessun equipaggiamento, semplicemente invitandolo a fare dei respiri profondi insieme all'esaminatore. Poi, lo stesso esercizio potrà essere ripetuto con il boccaglio appropriatamente tenuto tra i denti e le labbra ben adese (per prevenire perdite d'aria) prima ancora che lo stesso boccaglio venga connesso allo spirometro.

Per far capire al paziente che cos'è una espirazione profonda e prolungata può essere utile porre una palla di cotone nella parte distale del boccaglio e invitare il bam-

bino a farla arrivare il più lontano e il più velocemente possibile lungo un piano.

Quando questi esercizi preliminari sono stati completati, il paziente può provare a fare l'esame spirometrico.

E' utile far fare, con il boccaglio tenuto tra le mani e collegato allo spirometro, diverse respirazioni profonde prima di un'ultima inspirazione profonda seguita da una brevissima pausa (durante la quale il volume di aria inspirata viene trattenuta) e, subito dopo, inserito velocemente il boccaglio in bocca, le labbra ben adese, fare iniziare una espirazione forzata e completa nello spirometro, fino ad espellere tutta l'aria possibile e a raggiungere il volume residuo.

Per una corretta interpretazione dell'esame, la fase di espirazione forzata dovrebbe durare non meno di tre secondi.

Con un po' di pratica ciò non è difficile.

L'inconveniente più frequente con i bambini più piccoli è che questi tendono a eseguire, durante l'esame, delle espirazioni alternate a inspirazioni, causando incrementi e cadute nello spirogramma.

Semplici parole di incoraggiamento consentiranno di superare anche queste difficoltà.

Si è soliti richiedere al paziente di effettuare tre tracciati di buona qualità e utilizzare il migliore per l'interpretazione. L'espirazione forzata è faticosa e bisogna ricordarsi di far fare un adeguato riposo tra le prove; questo tempo può essere utilizzato opportunamente per discutere i tracciati registrati e puntualizzare gli sforzi necessari per registrare il tracciato ottimale.

Bisogna far ripetere gli spirogrammi alterati dalla tosse. I pazienti con asma subclinico possono inevitabilmente finire col tossire in specie alla fine dell'espirazione forzata. In questi casi un semplice referto descrittivo dei problemi che hanno determinato la sospensione del test può valere quanto i dati numerici dello spirogramma. La spirometria, in caso di sospetta malattia ostruttiva subclinica o nel caso di tracciato "sospetto" può essere eseguita prima e 15-20 minuti dopo l'inalazione di un broncodilatatore (post-test). Cambiamenti significativi vengono considerati variazioni del FEF25-75% se superiori al 20%.

In soggetti con broncostruzione molto netta, un incremento della FVC molto marcato per effetto del broncodilatatore potrebbe determinare una "caduta paradossale" dei valori del FEF25-75% nel post-test. Tranne che nei bambini più piccoli, dove anche piccole variazioni di FVC possono determinare questo fenomeno, difficilmente sfuggirà la presenza di una broncostruzione all'esame obiettivo nei casi in cui l'incremento della FVC determini questo problema di interpretazione allo spirogramma.

In molti asmatici che arrivano asintomatici in ambulatorio, con un test di funzionalità polmonare normale, la broncostruzione può essere indotta dall'esercizio fisico. E' dibattuta, comunque, l'opportunità di eseguire un challenge da sforzo in ambiente ambulatoriale. In ambulatorio infatti il test può essere difficilmente ben standardizzato, ci si

limita a invitare il paziente a correre fuori dall'ambulatorio per qualche minuto e a ripetere quindi l'esame.

Il test di provocazione da sforzo, ovviamente, non è raccomandato nei soggetti sintomatici.

Una caduta del 10% del FEV1 viene considerata significativa di broncospasmo.

Eventuali dubbi possono essere risolti più opportunamente in ambiente di secondo livello dove il test da sforzo e l'uso di appropriati inalanti (carbocolina) documenterà l'iperreattività bronchiale in maniera accurata.

Le indicazioni cliniche a questo tipo di test sono francamente limitate e nella maggior parte dei casi questo tipo di test viene attuato a scopo di ricerca scientifica.

5. Effetti collaterali e complicanze.

Sono poche e rare le complicanze da Spirometria. Petecchie facciali, emottisi e pneumotorace sono stati raramente descritti.

Molto più comunemente le manovre di respirazione forzata possono causare un temporaneo mal di testa e capogiri. Si ricordi di avere a disposizione sempre un broncodilatatore se si esegue un test da sforzo fisico.

6. Interpretazione dei risultati

Ottenuto un tracciato tecnicamente idoneo, è semplice determinare la FVC e il FEV1 e calcolare il rapporto FEV1/FVC. La Vitalograph dà in dotazione un regolo per il rapido calcolo anche degli altri parametri di funzionalità respiratoria, con le relative istruzioni per la corretta determinazione dei valori; ma è estremamente semplice fare gli opportuni calcoli, anche senza questo regolo, che in ogni caso può essere utilizzato dai più pigri.

Una volta letta la FVC sul tracciato si calcoli il valore di 3/4 e quello di 1/4 del valore riscontrato.

E' opportuno seguire i suggerimenti successivi guardando la fig. 2.

La FVC nell'esempio della figura è 4,90 L

$$4,90 \times 3/4 = 3,675$$

$$4,90 \times 1/4 = 1,225$$

Si individuino nella curva il punto A e il punto B che corrispondono a questi valori.

Si tracci una linea retta passante per questi due punti fino ad incrociare le linee verticali che corrispondono sul tracciato dell'ascissa, al valore di 1 secondo, e al valore di 0 secondi.

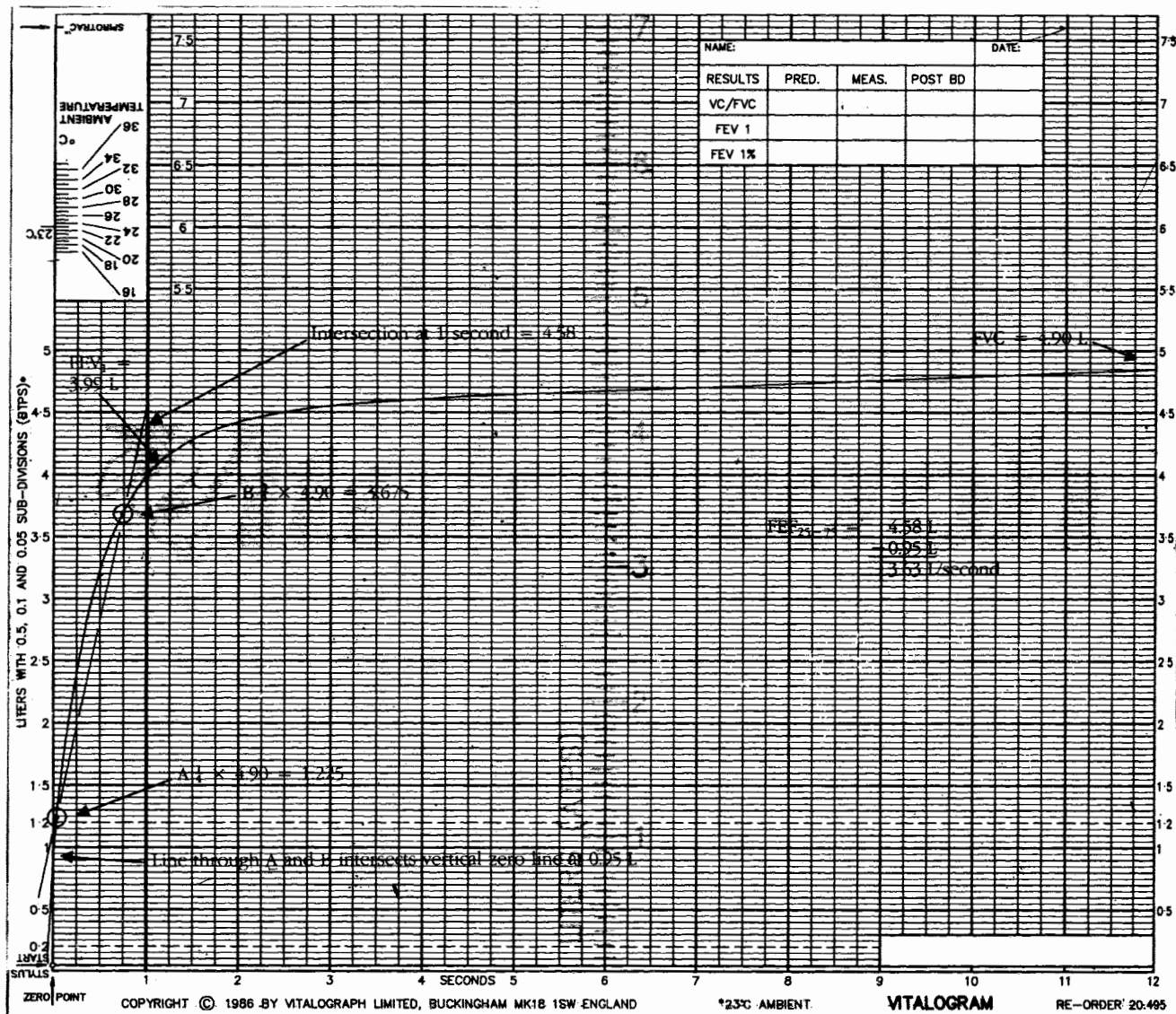
Nell'esempio della figura questa linea interseca a 1 secondo il volume di 4,58 L (come può essere letto sull'ordinata) e a 0 secondi il volume di 0,95 L.

La differenza (4,58 L - 0,95 L) dà il valore del FEF 25-75% il litri al secondo.

Ovviamente anche gli altri valori di Flusso, normalmente meno utilizzati, possono essere dedotti analogamente.

I valori ottenuti con l'esame vengono confrontati con i riferimenti teorici pubblicati in letteratura.

Sono ormai disponibili, anche per l'età pediatrica, varie statistiche di normalità con medie, deviazioni standard



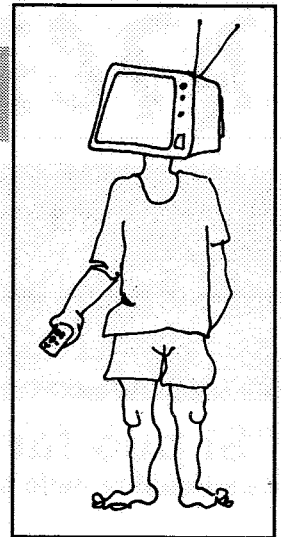
per sesso, età, altezza. Gli standard teorici vengono forniti al momento dell'acquisto del macchinario da tutti i fornitori. Estremamente accurate ed utili sono le curve dei centili del FEV1, FVC, FEV1/FVC, FEF25-75% preparate dal servizio di fisiopatologia respiratoria della Clinica Pediatrica di Firenze, cui possono essere richieste. I valori dello spirogramma devono essere confrontati anche con i dati registrati in precedenti sedute dallo stesso paziente. Se i valori sono sensibilmente peggiorati il medico deve essere in grado di stabilire se vi siano stati cambiamenti significativi nella salute del bambino o più semplicemente nello sforzo con cui è stato eseguito il test. I bambini in normale stato di salute possano avere valori ben al di sopra dei valori medi. Valori minori dell'80% del valore medio per l'età del FVC e del FEV1 e minori del 65% del FEF 25-75% vengono considerati francamente patologici. Il rapporto FEV1/FVC viene considerato patologico se minore del 75% rispetto al valore medio per l'età, il sesso e l'altezza.

Fig. 2
Determinazione del FEF25-75%



IL TRATTAMENTO DEL DIABETE INFANTILE, IL RISCHIO DI IPOGLICEMIA

Una lezione di Mauro Pocecco



Nel Diabete infantile di tipo 1 la terapia "intensiva" che ricordiamo consta di :

- tre o più iniezioni di insulina al giorno,
- quattro o più determinazioni di glicemia al giorno,
- un trattamento dietetico intensivo,
- aggiustamenti continui del dosaggio dell'insulina in base ai risultati della glicemia,
- determinazioni ravvicinate (anche una volta al mese) dei livelli di HbA_{1C}, si va imponendo sempre di più , in tutti i centri di diabetologia infantile, come la terapia ideale cui sottoporre tutti i bambini, indipendentemente dall'età.

I diabetologi, negli ultimi anni, sono stati, infatti, fortemente influenzati dagli studi di follow-up (studi per lo più di giovani adulti e di adolescenti) che mostravano una netta riduzione del rischio relativo di complicanze (prima fra tutte la retinopatia, ma anche la nefropatia) nei soggetti trattati in modo intensivo rispetto a quelli trattati in modo convenzionale:

- una o due iniezioni di insulina al giorno,
- semplice determinazione della glicosuria o, al più, una singola determinazione giornaliera della glicemia;
- determinazione quadrimestrale della HbA_{1C},
- aggiustamenti del dosaggio insulinico, relativamente poco frequenti.

Le conclusioni degli studi di follow-up sono sempre univoche: " Il beneficio, sulle complicanze a lungo termine, di un trattamento intensivo, bilancia il rischio di ipoglicemia; il diabete di tipo 1 nel bambino e nell'adolescente va trattato in maniera intensiva, in modo del tutto analogo al trattamento del diabete di tipo 1 dell'adulto" (1).

Certamente manca una analisi approfondita di questi studi e ci si chiede perché qualcuno tra gli esperti non si faccia promotore di un gruppo di studio che, con gli strumenti della metanalisi, analizzi questi lavori.

Da qualche tempo, però, qualche voce dissidente comincia a farsi sentire e qualche ragione la espone.

"Quasi tutti gli studi prospettici riguardano gruppi eterogenei che comprendono anche adulti, i risultati sarebbero gli stessi qualora l'analisi riguardasse soltanto soggetti con età inferiore a 18 anni?" (2).

e ancora: "sebbene il picco di età di insorgenza del diabete di tipo 1 sia poco prima dell'adolescenza, vi sono molti bambini che cominciano a essere colpiti dal diabete

tra i due e i dieci anni; bisognerebbe avere molta cautela prima di estrapolare, da questi studi di follow-up, dati per giustificare terapie intensive anche per i bambini più piccoli, poiché il rischio di ipoglicemia grave è ancora maggiore in questa fascia di età".

Mauro Pocecco, nella sua "lezione", entra nel merito di questi argomenti con una infinità di dettagli pratici:

- i bambini in terapia intensiva "sentono meno" le ipoglicemie, così: tanto migliore è il controllo del diabete tanto maggiore è il rischio di scoprire di essere in ipoglicemia con una perdita di coscienza o con un episodio convulsivo.

- in più del 50% dei soggetti colpiti, gli episodi gravi sono la notte o al risveglio.
- la famiglia deve apprendere rapidamente a valorizzare i piccoli disturbi del sonno, nel bambino piccolo, come sintomi di ipoglicemia.
- livelli troppo bassi di HbA_{1C} devono essere guardati con sospetto (si tratta di soggetti a rischio troppo elevato di ipoglicemia);

Certamente un pediatra generalista deve accuratamente evitare conflitti con il centro di riferimento per quanto riguarda il protocollo insulinico più idoneo da attuare nel singolo paziente, ma difficilmente può continuare a non prendere in carico "culturalmente" i problemi aperti dal trattamento intensivo.

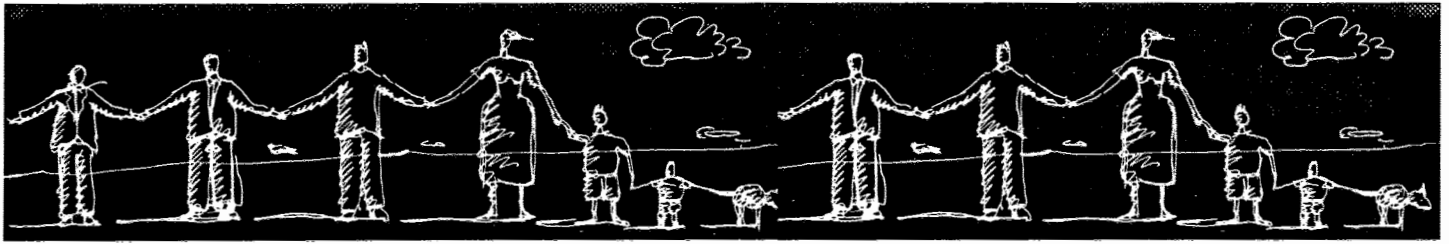
Questo video è un ottimo spunto per una riflessione sull'argomento.

(S.F.)

bibliografia:

- (1) Diabetes Control and Complications Trial Research Group J Pediatric 1994; 125: 177-88
- (2) M.E.Geffner J.Pediatr; 125: 228-9

Ricerca in Progress



“Si può fare con meno”

Costi/qualità delle cure in pediatria generale

il punto sulla ricerca, la richiesta di adesioni.

a cura del gruppo di coordinamento ACP per la ricerca ambulatoriale

Il dibattito sul contenimento dei costi e la qualità delle cure in sanità è molto attuale.

La nostra ipotesi di lavoro, suggerita e sostenuta da precedenti esperienze a livello nazionale e internazionale, è che l'adesione a standard di qualità - per quanto riguarda l'uso di farmaci, esami di laboratorio, consulenze e ricoveri - consenta di ridurre sensibilmente i costi, pur mantenendo una qualità ottimale delle cure.

La ricerca prevede di testare tale ipotesi su un campione di patologie comuni in età pediatrica, per le quali già esistono in letteratura sufficienti elementi per identificare un “gold standard” diagnostico e terapeutico.

Tali patologie, scelte per la loro rilevanza ed esemplarità, sono l'accesso acuto d'asma, l'otite media acuta ricorrente, la broncopneumonia, le convulsioni febbrili, le infezioni delle vie urinarie.

L'obiettivo principale è dunque la valutazione, sulle patologie indicate, del rapporto tra qualità delle cure e costi, ottenibile tramite l'adesione a gold standard e confronto con la pratica corrente. Un prodotto collaterale della ricerca sarà la definizione e diffusione di gold standard per le patologie indicate. Lo studio verrà effettuato in collaborazione con gruppi di pediatri di libera scelta.

La ricerca si svolge in due fasi:

la prima fase consiste nella definizione di gold standard condivisi.

Metodologia:

ricerca bibliografica (meta analisi degli Rct esistenti e consensus conference), stesura e discussione degli standard.

La seconda fase consiste nella valutazione del rapporto costi-qualità su un campione di 50-100 episodi recenti per ciascuna patologia (avvenuti negli ultimi 6 mesi) selezionati tra gli utenti dei pediatri di libera scelta di almeno 5 Usl collocate in diverse regioni italiane.

Considerando il fatto che ciascun pediatra (nell'arco degli

ultimi 6 mesi) vede circa un caso per ogni patologia, dovrebbero partecipare alla ricerca circa 100 pediatri (che potrebbero essere suddivisi in 10 gruppi).

I casi verranno reclutati dal pediatra (usando criteri di inclusione comuni). Per ciascun episodio verrà ricostruito l'iter seguito, con l'indicazione dei costi sostenuti, dell'esito e della corrispondenza tra prestazioni e gold standard. La qualità delle cure sarà valutata tramite un'intervista ai genitori: sono previsti 1 o 2 intervistatori per ciascun gruppo di pediatri e una scheda-intervista predefinita per ciascuna patologia che dovrebbe evidenziare i vari punti della gestione del caso.

L'analisi del caso consentirà di:

valutare la qualità delle cure, nonché frequenza, entità e distribuzione geografica e “per problemi” delle discrepanze tra prestazioni e standard;

valutare il contenimento dei costi, ottenibile applicando gli standard.

La prima fase della ricerca (stesura dei gold standard) è in via di conclusione. E' previsto che i protocolli siano definitivamente conclusi entro la prima metà di ottobre e pertanto si invitano tutti i gruppi ACP a comunicare alla segreteria organizzativa le proprie osservazioni.

Per ogni patologia è stato preparato un protocollo che comprende varie voci (per esempio: diagnosi, ricovero, terapia, esami strumentali, ecc.). Ciascuna voce è suddivisa in cose buone, accettabili e cattive, per le quali è previsto un punteggio (negativo per le cose cattive, intermedio per le accettabili, positivo per le buone). Ci sarà uno score totale per ogni patologia che identificherà la “qualità” della cura.

Come già accennato, il punteggio a ogni protocollo sarà dato in seguito a una intervista con i genitori; la scheda “intervista” permetterà di valutare le varie voci del protocollo (il gold standard). I protocolli e le schede “intervista” saranno discussi ed eventualmente modificati dai vari gruppi partecipanti all'incontro di Verona. Per questa ragione, i protocolli pubblicati nelle pagine seguenti devono essere considerati ancora preliminari.

Le schede “intervista” saranno comunque previamente testate su un piccolo campione (fase pilota). Il tempo previsto per la realizzazione della ricerca è di un anno.

Chi desidera partecipare alla ricerca può telefonare all'ufficio cooperazione di Trieste: 040 - 3785236 e chiedere di Anna, Silvia o Sandra.

La proposta di protocollo per l'attacco acuto d'asma

Terapia dell'attacco lieve-medio (nota 1)

- Cose buone

- 1) trattare sempre il più precocemente possibile e a domicilio
- 2) usare il beta 2 per via inalatoria come farmaco di 1 scelta in tutte le età, almeno 4 volte al giorno il primo giorno, per 3-7 giorni totali e comunque fino a 24 ore dopo la fine dell'attacco (per il dosaggio dei farmaci, vedi nota 2)
- 3) associare i corticosteroidi per via orale nei casi in cui l'accesso acuto non sia controllato del tutto dai beta 2 (non effetto clinico dopo 2 ore/intervalli di somministrazione dei beta 2 < alle 3 ore)
- 4) associare l'ipratropium bromuro per aerosol nelle forme clinicamente medio-gravi
- 5) usare un valido apparecchio per aerosol o eseguire correttamente l'inalazione con lo spray predosato (nota 3)
- 6) informare i genitori sui dosaggi della terapia e la modalità di erogazione, per iniziare un trattamento domiciliare precoce degli attacchi seguenti al primo.

- Cose accettabili

- 1) usare il beta 2 per via orale nel caso sia difficile trattare con aerosol (bambino piccolo o molto spaventato)
- 2) associare fin dall'inizio il corticosteroide per os nei bambini piccoli
- 3) associare il corticosteroide inalatorio al beta 2
- 4) fare la terapia con beta 2 inalatorio 3 volte al giorno.

- Cose cattive

- 1) non trattare l'attacco acuto o trattarlo non dall'inizio
- 2) trattare con farmaci diversi dai beta 2 o con dosaggi inferiori alle 3 volte al giorno
- 3) non istruire il genitore sulla gestione domiciliare in seguito al primo episodio
- 4) somministrare teofillina per via orale.

Ospedalizzazione

- Cose buone

- 1) ricoverare il bambino con attacco d'asma grave (nota 4)
- 2) ricoverare il bambino con attacco d'asma medio che non migliora con la terapia.

- Cose accettabili

- 1) ricoverare il bambino con asma in presenza di febbre alta
- 2) ricoverare il bambino molto spaventato.

- Cose cattive

- 1) ricoverare un bambino con asma al di fuori dai casi sopraindicati
- 2) non ricoverare il bambino con attacco d'asma grave.

Esami

- Cose buone

- 1) nessun esame durante l'attacco acuto lieve-medio
- 2) RX torace se sospetto di altra patologia (polmonite/corpo estraneo/versamento pleurico)
- 3) eseguire esami allergologici dopo la risoluzione dell'attacco, se si sospetta un'asma allergica.

RICERCA IN PROGRESS



- Cose cattive

- 1) eseguire esami nell'attacco acuto lieve-medio al di fuori del sospetto di altra patologia.

Note

(1) L'attacco d'asma acuto viene classificato in:

- lieve
- medio
- grave

a seconda di una serie di parametri ai quali viene dato un punteggio che va da 0 a 3; l'accesso lieve ha un punteggio < 7, il medio 7-12, il grave > 12;

I parametri sono i seguenti:

- a) respiro sibilante e affanno: assente (0), espiratorio (1), espiratorio e inspiratorio (2), ascoltabile lontano o assente con gravi sintomi ostruttivi (3);
- b) frequenza del respiro: > 30-40 (0), < 30-40 con gravi sintomi ostruttivi (3);
- c) impegno dei muscoli accessori: assente (0), lievi rientramenti (1), discreti rientramenti, sollevamento della spalla (2), forti rientramenti dei muscoli del collo e delle spalle (3);
- d) frequenza del polso a riposo: > 100-140 (0), > 150-160 (2), < 120-140 con gravi sintomi ostruttivi/polso paradossale (3);
- e) ortopnea: assente (0), incostante (2), costante (3);
- f) attività e sonno: normale (0), ridotta resistenza a sforzo protratto (2), attività molto ridotta/sonno incostante/ansia (2), non si muove/non riposa/molta ansia o angoscia (3);
- g) durata accesso: < 1 ora (0), 1-4 ore (1), 4-8 ore (2), > 8 ore (3).

(2) Dosaggio dei farmaci:

- per i beta 2 inalatori il dosaggio è elastico e dipende dalla gravità dell'attacco: salbutamolo 0,1 mg/kg/dose (max 5 mg totali) con la seguente frequenza: da ogni 20 minuti nelle prime 2 ore a ogni 6-8 ore; il W.H.O. consiglia una dose di 2,5 mg (+ 2 ml di soluzione fisiologica)

ogni 2-4 ore; nella successiva gestione si consiglia di diminuire il dosaggio, diminuendo la frequenza delle somministrazioni (seguendo naturalmente l'andamento della crisi);

- beta 2 per via orale: il dosaggio è meno elastico (>effetti collaterali): salbutamolo 0,1 mg/kg/ dose ogni 6 ore; W.H.O.: nei bimbi di peso < 10 kg 1 mg ogni 8 ore, nei bambini con peso > 10 kg 2 mg ogni 8 ore;

- corticosteroidi per via orale: si consigliano i corticosteroidi a lunga durata d'azione al dosaggio di 0,2 mg/kg/die in unica somministrazione quotidiana per 3-4 giorni e seguente sospensione brusca;

- ipratropium bromuro: nei bambini > 6 anni 250 gamma (1ml) per aerosol ogni 20 minuti nelle prime 2 ore; nei bambini < 6 anni 150 gamma ogni 20 minuti.

(3) Modalità di somministrazione dei farmaci:

- bomboletta pressurizzata: boccaglio tenuto in basso e portato davanti alla bocca aperta a 4-5 cm/esprire profondamente e poi inspirare lentamente/cominciare l'erogazione all'inizio dell'inspirio/ continuare l'inspirio e poi trattenere il respiro idealmente per 10 secondi/esprire lentamente/attendere qualche secondo prima di una successiva inalazione;

- l'apparecchio per aerosol dovrebbe avere queste caratteristiche: tempo di erogazione di una soluzione di 3ml < 10 minuti/potenza prodotta < 1 atmosfera/particelle prodotte di diametro tra 0,5 e 5 micron/ ampolla in materiale sintetico non alterabile (il bambino deve respirare con la bocca; l'aerosol è indicato per bambini in età prescolare);

- ultima possibilità è lo spray munito di camera di espansione che può essere utilizzato anche dai bambini piccoli; una buona camera d'espansione può essere ricavata artigianalmente praticando un foro sul fondo di una bottiglia di plastica di coca cola o di acqua minerale.

(4) Elementi clinici che devono consigliare il ricovero ospedaliero:

- dispnea con grave limitazione funzionale che dura da più di 8 ore
- persistente e invariata necessità di frequenti somministrazioni di beta agonisti (intervalli < 2-3 ore)
- impossibilità a dormire; ortopnea obbligata
- agitazione eccessiva oppure obnubilamento della coscienza
- il soggetto non riesce a pronunciare che qualche frase o parola per volta
- picco di flusso espiratorio (se disponibile a domicilio) < 25% dell'atteso, malgrado la terapia broncodilatante.

INTERVISTA ASMA

data intervista ___/___/___
 nome.....telefono.....
 indirizzo.....
 data di nascita ___/___/___
 intervistato/a (parentela).....
 data inizio malattia ___/___/___

segni e sintomi d'esordio

- dispnea tosse secca dispnea dopo sforzo
 altro.....

Ricerca in Progress



1° episodio ?

- sì no

chi è stato interpellato?

.....
 quando? (tempo dopo inizio sintomi)

è stata iniziata la terapia a casa? sì no

quale diagnosi è stata formulata?

- asma lieve asma media asma grave
 non specificata la gravità
 bronchite asmatica
 altro:.....

il bambino è stato ricoverato?

- sì perché?.....
 no

chi ha deciso per il ricovero?.....

sono stati eseguiti degli esami durante l'attacco?

- sì no
 spirometria Rx torace
 altro:.....

terapia

- sì no

quando è stata iniziata?

(rispetto alla comparsa dei primi segni/sintomi)

quali dei seguenti farmaci sono stati usati e in quale ordine cronologico:

- beta 2 per via aerea beta 2 per via orale
 corticosteroidi per aerosol
 corticosteroidi per via orale
 teofillina per os
 altro.....

quante dosi di beta 2 sono state somministrate al

giorno?.....

quante dosi di eventuali altri farmaci?.....

per quanti giorni totali è stata eseguita la terapia?

il bambino (o la bambina) è stato visto/a dal pediatra?

- sì - quante volte?.....
 no

quali informazioni ha ricevuto dal pediatra?

ha l'aerosol in casa?

- sì no

il bambino/a è allergico/a?

- sì no

Definizione:

Tre episodi di Otitis media acuta (OMA) in 6 mesi o 4 episodi OMA in 12 mesi.

Terapia

- Cose buone

1) trattare le OMAR con profilassi farmacologica utilizzando i seguenti farmaci:

- sulfisossazolo (500 mg/dia età < 2 anni; 1000 mg/dia età > 2 anni; ogni 12 ore)
- cotrimoxazolo 12 mg/kg/die (ogni 24 ore)
- fenossipenicillina 25 mg/kg/die (ogni 24 ore)
- sulfametossazolo 25 mg/kg/die (ogni 24 ore)
- amoxicillina 20 mg/kg/die (ogni 24 ore)

La somministrazione è giornaliera e la terapia ha una durata totale di 3-5 mesi.

2) iniziare un secondo ciclo al 2° episodio di OMA (che compare dopo la sospensione del primo ciclo).

- Cose accettabili

- 1) non eseguire la profilassi farmacologica se il numero di episodi è < 3 in 6 mesi
- 2) eseguire la profilassi con sospensione nei mesi estivi

- Cose cattive

- 1) non eseguire la profilassi farmacologica o eseguirla per tempi troppo brevi
- 2) eseguire la profilassi con farmaci diversi da quelli sopraindicati
- 3) ricorrere all'uso di tubi endotimpanici.

Esami - Interventi

- Cose buone

- 1) eseguire l'audiometria (almeno un mese dopo l'episodio acuto)
- 2) considerare l'ipotesi di adenoidectomia nel caso si sospetti tale patologia (N.B.: non dimostrata l'efficacia di mucolitici, antiistaminici, cure termali, antibiotici topici, immunostimolanti).

- Cose cattive

- 1) eseguire l'audiometria entro 1 mese dall'ultima OMA

data intervista ___/___/___
nome telefono
indirizzo.....
data nascita ___/___/___
intervistato/a.....

numero episodi di OMAR negli ultimi 3-6 mesi:

medico interpellato

RICERCA IN PROGRESS



- pediatra
- otorino
- altro

visita ORL: si no
 dopo molti episodi di OMAR

- dopo l'inizio della profilassi farmacologica
- per ricaduta in profilassi farmacologica
- per sospetta ipoacusia
- altri motivi.....

decisione presa

- profilassi farmacologica
- tubi endotimpanici
- adenoidectomia
- altro.....
- nessuna terapia e da chi?.....

profilassi farmacologica

quando è stata iniziata? (rispetto alla diagnosi di OMAR).

farmaco usato e dosaggio.....
tempo totale di terapia.....
n° di cicli.....

altre terapie eseguite associate alla profilassi:

- tubi endotimpanici
- adenoidectomia
- immunostimolanti/vaccini
- mucolitici
- antiistaminici
- antibiotici locali
- cure termali
- altro

esami richiesti:

- audiometria
- timpanometria/impedenzometria
- altro

ha eseguito correttamente la terapia?

si no

esito della terapia:

- guarigione
- ricaduta in profilassi
- altro

La proposta di protocollo per le broncopolmoniti

Radiografia a casa

- cose buone

- 1) non eseguire l'RX se il bambino ha un'età > 1 anno e ha risposto clinicamente all'antibiotico (24-28 ore)
- 2) eseguire l'RX nel bambino che non risponde all'antibiotico dopo 48 ore (se il bambino ha un'età > 5 anni, la risposta va valutata dopo il macrolide)
- 3) eseguire l'RX in un bambino con febbre che dura da più di 7 giorni senza una diagnosi
- 4) eseguire l'RX nel sospetto di complicanze (es.: versamento pleurico)

- cose cattive

- 1) eseguire l'RX in un bambino con età > 1 anno che risponde clinicamente all'antibiotico

Terapia

- cose buone

- 1) utilizzare i seguenti farmaci:
 - * amoxicillina (50 mg/kg/dia per 5 giorni)
 - * macrolide (40-50 mg/kg/dia per 7 giorni)se bambino > 5 anni
- * amoxicillina più macrolide in II battuta se bambino > 5 anni

- cose accettabili

- 1) utilizzare:
 - * cefalosporine orali
 - * cotrimoxazolo
 - * ampicillina (100 mg/kg/dia)
 - * nuovi macrolidi

- cose cattive

- 1) utilizzare aminoglicosidi
 - 2) utilizzare cefalosporine iniettabili come antibiotici di I scelta
- N.B.: per i neonati si utilizzano altri schemi antibiotici (ampicillina + gentamicina o cefalosporine di III generazione)

Ricovero

- cose buone

- 1) ricoverare un bambino con età < 3 mesi
- 2) ricoverare un bambino che non risponde all'antibiotico o nel sospetto di complicanze
- 3) ricoverare un bambino che si presenta grave (necessità di ossigeno, monitoraggio...)

- cose accettabili

- 1) ricoverare un bambino con età 3m.-1 anno in buone condizioni cliniche

- cose cattive

- 1) ricoverare un bambino che ha risposto clinicamente all'antibiotico
- 2) ricoverare un bambino con età > 1 anno senza attendere l'effetto dell'antibiotico

Altri farmaci

- cose buone

- 1) usare beta 2 se c'è una componente di broncospasmo

RICERCA IN PROGRESS



- cose accettabili

- 1) usare i mucolitici

- cose cattive

- 1) usare il cortisone

Esami

- cose buone

- 1) eseguire le agglutinine a frigore al letto del malato se il bambino è a casa (nel sospetto di una forma da Mycoplasma)
- 2) eseguire la PCR nel bambino ospedalizzato con complicanze
- 3) eseguire l'emocultura nel bambino piccolo (< 3 mesi) o in stato tossico

- cose accettabili

- 1) eseguire VES ed emocromo

- cose cattive

- 1) eseguire controlli ematochimici in bambini già guariti
- 2) eseguire l'esame dell'escreato

I Protocolli-interviste pubblicati in queste pagine sono preliminari e incompleti;

per esigenze di spazio non possiamo pubblicare la proposta di intervista sulle broncopolmonite e i protocolli interviste sulle convulsioni febbrili e le infezioni delle vie urinarie

Chi desidera partecipare alla ricerca può telefonare entro il 30 ottobre all'ufficio cooperazione di Trieste : 040/3785236 e chiedere di Anna, Silvia o Sandra.

Sul prossimo numero del giornale pubblicheremo i protocolli definitivi.



ISCRIZIONI E RINNOVI

Le quote per l'iscrizione - che dovrebbe essere rinnovata all'inizio di ogni anno - sono ben lungi dall'essere regolari: più o meno solo la metà delle quote ci perviene con puntualità e, certamente, ciò avviene per dimenticanza o distrazione. Per questo, mi permetto di ricordare agli "sbadati" di regolarizzare al più presto la loro posizione. Noi crediamo che le associazioni, così come i singoli, perché siano veramente liberi e indipendenti, debbano reggersi con le proprie forze e non legarsi a dipendenze economiche più o meno velate. L'ACP, da sempre, è andata avanti basando la propria esistenza su due sole forze: le quote dei soci e il lavoro volontaristico e disinteressato di alcune persone che hanno uno "strano" concetto del prossimo e che ritengono, quindi, insufficiente l'occuparsi soltanto di se stessi, della propria famiglia, del lavoro, degli amici.

Chi vorrà iscriversi all'ACP - o rinnovare la propria iscrizione - dovrà effettuare un versamento di 50.000 lire (quota annuale) usando il c/c postale, allegato al "Bollettino", intestato alla ACP sez. Sarda, indicando nella causale l'anno di contribuzione. E' pure possibile inviare, tramite "assicurata convenzionale", un assegno del proprio conto bancario intestandolo a: Franco Dessi ACP - via Montiferru 6 - 09070 Narbolia - Oristano; infine, si può anche effettuare un bonifico bancario al c/c 15621 del Banco di Sardegna Ag. 1 di Sassari, intestandolo all'Associazione Culturale Pediatri. I soci potranno controllare la propria "situazione quote" leggendo nella parte bassa dell'etichetta con il loro nome e

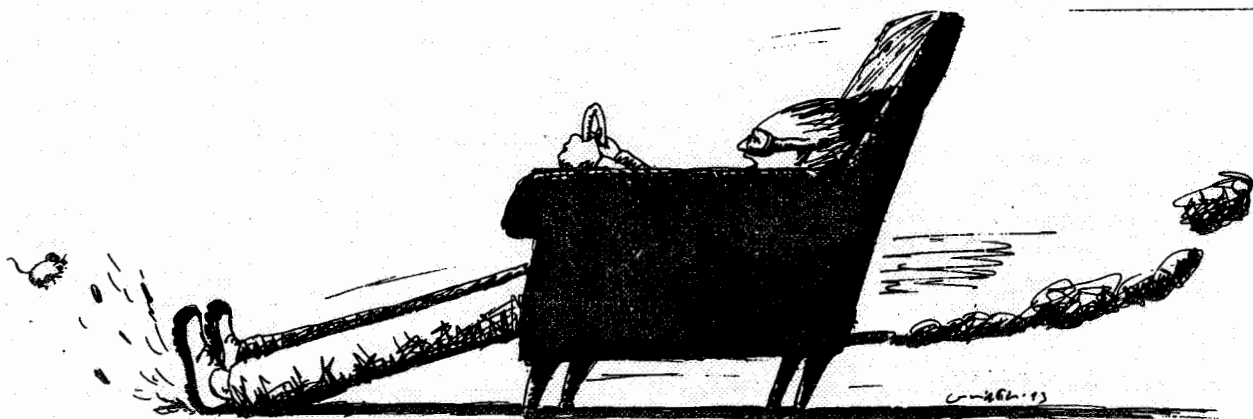
- < 0 7 7 - 2 - Z O - N - 2 0 0 -

indirizzo, incollata alla busta dei "Quaderni"; in questa compaiono i versamenti che ci risultano effettuati negli ultimi tre anni: NO significa non pervenuto; 30 vuol dire che ci sono arrivate solo 30.000 lire anziché 50.000. Quelli che vogliono iscriversi per la prima volta (e per iscriversi non occorre essere pediatri e nemmeno medici) dovranno farci pervenire, oltre al loro nome e cognome, l'indirizzo esatto e completo di Cap, l'anno di nascita e la loro attività (per esempio: pediatra di base, medico di base, pediatra di comunità, primario ospedaliero, metalmeccanico, eccetera); potranno essere utili il numero di telefono e il campo di interesse culturale. L'iscrizione all'ACP dà diritto a ricevere i "Quaderni" e i vari supplementi, per un totale di 6 numeri all'anno (esenti da sponsor ..."impegnativi"), inviati bimestralmente; inoltre, gli iscritti riceveranno automaticamente "Medico e Bambino". E su questi due argomenti dobbiamo spendere qualche parola.

Per quanto riguarda "Ausili Didattici ACP", la regolare spedizione del materiale video è partita con questo numero: chi fosse interessato all'argomento a pagina 31 troverà tutte le informazioni necessarie sul programma e le modalità di abbonamento, a pagina 30 i vecchi abbonati con la Helix Media di "Ausili didattici per il pediatra ambulatoriale" troveranno importanti informazioni sull'impegno ACP. Chi fosse, invece, interessato a ricevere soltanto "Medico e Bambino" sarebbe meglio se abbonasse rivolgendosi direttamente alla Edifarm, poiché, tale abbonamento non ha alcuna relazione con l'iscrizione all'ACP.

I motivi per voler far parte dell'ACP, infatti, dovrebbero davvero essere altri: dimostrare tangibilmente di voler condividere la linea culturale e politica dell'Associazione (o contribuire a modificarla), cercare l'occasione per conoscere l'attività dei vari gruppi, voler partecipare direttamente ai lavori, eccetera. Ma chi non si riconoscesse nel sentimento che anima l'Associazione e volesse semplicemente abbonarsi ai "Quaderni ACP", può farlo (siamo magnanimi), utilizzando il solito bollettino postale e specificando la sua richiesta (a pagina 2 troverà le tariffe di abbonamento).

Franco Dessi



ASSOCIAZIONE CULTURALE PEDIATRI

PROGRAMMA DEI PROSSIMI INCONTRI:

- ✓ **6° CONGRESSO NAZIONALE ACP**
Pratolino - Firenze - 7-8-9 ottobre 1994
- ✓ **VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA E ORGANIZZAZIONE
DEI SERVIZI PER IL BAMBINO CON MALATTIA CRONICA**
Santa Maria Imbaro - Chieti - 20-22 ottobre 1994
- ✓ **GIORNATE DI EPIDEMIOLOGIA PEDIATRICA (Riunione
scientifica del Gruppo di Epidemiologia Pediatrica della SIP)**
Varenna - 27/29 ottobre 1994
- ✓ **CORSO NAZIONALE DI METODOLOGIA
EPIDEMIOLOGICA PER PEDIATRI**
Bergamo - 17-19 novembre 1994
- ✓ **GIORNATE MEDICHE CESENATI: I SEGNALI DI ALLARME
DI DISAGIO PSICHICO NEL BAMBINO**
Cesena - 19 novembre 1994
- ✓ **CORSO DI FORMAZIONE SULLA GENETICA DI
COMUNITA'**
Milano - 24-26 novembre 1994

PROGRAMMA DI COOPERAZIONE INTERNAZIONALE

- ✓ - **ADOTTA THE "KANGAROO"**
- ✓ - **PROGETTO COLLABORATIVO ITALIA - ALBANIA**
Per informazioni: Giorgio Tamburlini - Trieste

GRUPPI DI LAVORO:

- ✓ - **IL BAMBINO CON PROBLEMI SPECIALI**
Per informazioni: Nicola D'Andrea - Acquaviva delle Fonti (BA)
- ✓ - **L'OSPEDALE**
Per informazioni: Gilberto Bonora - Sondrio